

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**CRISTIANE RIBEIRO DE MELO**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *MATERNITY SAFETY*  
*THERMOMETER* PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL**

**FLORIANÓPOLIS/SC  
2015**



**CRISTIANE RIBEIRO DE MELO**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *MATERNITY SAFETY*  
*THERMOMETER* PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em enfermagem na Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Orientadora:** Dra. Odaléa Maria Brüggemann.

**Linha de pesquisa:** O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

**FLORIANÓPOLIS/SC  
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Melo, Cristiane Ribeiro de  
Adaptação transcultural do Maternity Safety Thermometer  
para o português do Brasil / Cristiane Ribeiro de Melo ;  
orientador, Odaléa Maria Brüggemann - Florianópolis, SC,  
2015.  
291 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Segurança do Paciente. 3. Obstetrícia.  
4. Adaptação Transcultural. 5. Enfermagem obstétrica. I.  
Brüggemann, Odaléa Maria . II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
III. Título.

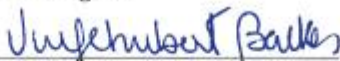
**CRISTIANE RIBEIRO DE MELO**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *MATERNITY SAFETY THERMOMETER* PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**DOCTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 13 de novembro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem**



Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

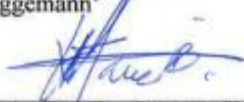
**Banca Examinadora:**



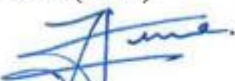
Dra. Odaléa Maria Brüggemann  
Presidente



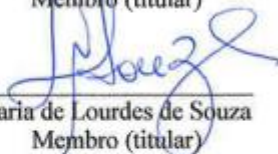
Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa  
Membro (titular)



Dra. Fabiana Villela Mamede  
Membro (titular)



Dr. Zeneuon André da Silva Gama  
Membro (titular)



Dra. Maria de Lourdes de Souza  
Membro (titular)



Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
Membro (titular)



***Dedico este trabalho...***

*A Deus, Pai bondoso, rico em misericórdia, sempre pronto a me (nos) perdoar e me (nos) colocar de pé, fornecendo o auxílio necessário, no tempo oportuno e me (nos) capacita diariamente para a superação dos desafios e para o amor aos próximos.*

*À Nossa Senhora, Maria, Mãe de Jesus, Mãe da Consolação e Virgem das Dores, pela intercessão constante junto a Jesus Cristo; por passar sempre na frente dos meus impossíveis, abrindo portas e caminhos e cuidando com amor terno de mãe da minha casa e família, durante esse tempo de muitas lutas.*

*À minha mãe **Francisca Varela** e ao meu pai **José Augusto** por terem me dado à vida e me conduzido para que me tornasse uma pessoa de bem, digna e com valores cristãos e éticos.*

*Ao meu esposo **Leilson Lino** e ao meu filho **Pedro Augusto** por me amarem e por me darem motivos para querer ser uma pessoa melhor diariamente.*

*Aos meus irmãos **Maria Cristina, José Cristóvão e Cristiano.***

*À minha orientadora Professora **Dra. Odaléa**, por ser uma pessoa humana e zelosa, e por ter me indicado o caminho a ser trilhado, me fortalecido e inspirado na construção de cada etapa deste estudo.*

*Aos meus **ex, atuais e futuros alunos**, que me inspiram a ser uma melhor docente, contribuindo para a construção e fortalecimento de uma **Enfermagem Brasileira** mais digna, científica, ética e humana.*





## Agradecimentos

A Deus, por me fortalecer em todos os momentos durante o curso do Doutorado. E a Nossa Senhora, pela poderosa intercessão junto ao Pai e ao Filho.

A meu esposo Leilson de Souza Lino, pelo amor, apoio e presença.

À minha família pelas orações e apoio, especialmente, à minha sogra Dona Ana Dézio de Souza Lino, que concretamente se colocou à disposição para me ajudar, cuidando do meu filho, Pedrinho, para que eu pudesse viajar para Florianópolis.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Odaléa Maria Brüggemann, por toda amizade e parceria construídas ao longo destes anos de desenvolvimento deste estudo. Por toda a sabedoria e zelo na condução da orientação em cada etapa e cada detalhe. Sua forma de ensinar é inspiradora.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que nos proporcionou (docentes de Enfermagem) este Doutorado Interinstitucional junto a Universidade Federal de Santa Catarina.

À professora Francis Tourinho, que desempenhou com zelo e esmero a Coordenação Operacional do DINTER do início até 2014, contribuindo para a organização e viabilização de aulas em Natal/RN, contatos e as logísticas necessárias aos estágios na sede.

Ao *National Health Service* por autorizar a adaptação transcultural do instrumento *Maternity Safety Thermometer*.

Às minhas professoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, pelos valiosos ensinamentos, especialmente, à Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa e à Dra. Maria de Lourdes de Souza, que tanto contribuíram na qualificação do meu projeto de tese.

Aos meus amigos e colegas de curso, Wanessa Cristina Barros, Luciane Paula de Oliveira, Djailson Delgado e Kátia Regina Barros, em nome de quem agradeço aos demais colegas de turma do DINTER UFSC/UFRN e da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

Às minhas colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recem Nascido (Grupesmur), especialmente à Erika Ebsen, Bruna Daniela e Romana Ebele, que compartilharam um agradável período de convivência durante o estágio na sede e me auxiliaram em tudo o que precisei.

Aos funcionários do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, que me deram apoio durante o período de estágio na sede, e em outros momentos em que estive lá, especialmente à Maria, responsável pela limpeza da sala do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recem Nascido (Grupesmur), pelo carinho.

Aos meus amigos docentes e funcionários da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, pela torcida.

À minha ex-orientadora e amiga, Profa. Dra. Glauceia Maciel de Farias (UFRN), por toda contribuição na minha formação e escolha pela docência, pelos ensinamentos, amizade e torcida.

À minha colega de trabalho Professora Fábيا Barbosa, que foi amiga, me oferecendo auxílio na apreciação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi e na orientação da construção do banco de dados no Spss.

À minha amiga Nadja Thalita, pela torcida, palavras de incentivo, companhia, dores e alegrias partilhadas, orações e AMIZADE, que nos ultrapassa e atinge nossos filhos, Pedro Augusto e Luiz Emanuel.

Às babás de Pedrinho, Mara, Rose e Francidalva, pelo auxílio oportuno nos cuidados com o meu filho e meu lar, neste tempo de muitas atividades.

Às tradutoras que participaram da tradução e retrotradução do instrumento, especialmente, à minha ex-professora, Dra. Bertha Enders.

A todos os especialistas que participaram do Comitê de *experts* no processo de adaptação transcultural, especialmente à Profa. Dra. Marise Reis de Freitas (UFRN), Fabiana Villela Mamede (USP) e Zenewton

André da Silva Gama (UFRN), que participaram de mais de uma etapa do processo de adaptação transcultural.

Às minhas alunas, que participaram da coleta de dados na aplicação do instrumento: Paula Camila Maciel, Micaelly Lemos, Danielle Umbelino, Taylane Faustino, Jamile Aires, Rubênia Paulo e Dayane Justino, dentre as quais, agradeço especialmente, à Paula Camila, que me auxiliou do início ao fim da coleta de dados.

À minha aluna Dandar Rayssa de Souza pela inserção caprichosa dos dados no Spss.

Ao estatístico, Thiago André, pelo suporte durante a análise dos dados.

À Romana Ebele, pela revisão e elaboração das referências.

Aos enfermeiros do Hospital Universitário Ana Bezerra, Maternidade Escola Januário Cicco e Maternidade de Felipe Camarão por participarem do pré-teste do instrumento, especialmente às Enfermeiras obstétricas Vera Lúcia Cabral e Adriana Cristina A. de Melo da Maternidade Escola Januário Cicco, pelo apoio.

Às puérperas e seus recém-nascidos que se dispuseram a compor a população deste estudo.

Aos docentes membros da minha banca de defesa, Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa, Dra. Maria de Lourdes de Souza, Fabiana Villela Mamede, Zenewton André da Silva Gama e Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, por aceitarem o convite em contribuir para a melhoria deste estudo.

Às docentes Dra. Grace Terezinha Dal Sasso e Dra. Elisete Navas Sanches Próspero por aceitarem o convite para serem membros suplentes da minha banca de defesa do Doutorado.

Ao atual diretor da Unidade Acadêmica, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Edvaldo Vasconcelos de Carvalho Filho onde trabalho, pela compreensão e apoio no semestre final de elaboração da tese e ao Vice-diretor Dimitri Taurino Guedes, pela preocupação em me ajudar no processo de conclusão do Doutorado.

Aos meus alunos, que me inspiram a ser uma enfermeira docente melhor e mais humana, contribuindo para construirmos uma Enfermagem competente, ética, humana e consciente.

A todos que, em pequenos ou grandes gestos, se dispuseram a me auxiliar na construção deste estudo.

“Meu filho faze o que fazes com doçura, e mais do que a estima dos homens, ganharás o afeto deles (Eclo 3, 19).



MELO, Cristiane Ribeiro de. **Adaptação transcultural do Maternity Safety Thermometer para o português do Brasil**. 2015. 291f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

## RESUMO

São necessárias iniciativas de segurança do paciente na assistência obstétrica, pois existe uma escassez de dados de segurança e qualidade da assistência nesta área. Esse estudo teve como objetivos: identificar e analisar as abordagens teóricas e propostas processuais utilizadas na adaptação transcultural de instrumentos em estudos desenvolvidos pela enfermagem brasileira; realizar a adaptação transcultural do *Maternity Safety Thermometer*, para o português do Brasil; e estimar a prevalência instantânea de danos maternos e neonatais e do indicador assistência livre de danos medicante aplicação da versão adaptada transculturalmente do *Maternity Safety Thermometer* para o português brasileiro (Termômetro de Segurança na Maternidade). Para o primeiro objetivo, realizou-se revisão integrativa. Com a busca na PubMed-Medline, CINAHL, SCOPUS, Web of science, LILACS, BDNF e SciELO, incluiu-se 25 artigos, que descreviam o processo de adaptação transcultural de instrumentos usados na prática hospitalar, publicados entre 2005-2014. Para o segundo objetivo, realizou-se pesquisa metodológica de adaptação transcultural, realizando-se os estágios de tradução do instrumento para o português, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por um Comitê de 11 *experts* e o pré-teste. Os dados do pré-teste foram coletados de junho à julho de 2015, mediante entrevista com 30 puérperas e avaliação do instrumento por 40 enfermeiros, em duas maternidades e um Centro de Parto Normal no Rio Grande do Norte. Os dados foram analisados utilizando-se o Índice de Validade de Conteúdo (valor de referência 0,8) e a média de compreensão global, por meio da Escala de Likert (0 a 2). Para o terceiro objetivo, realizou-se estudo descritivo, quantitativo, nos mesmos locais do pré-teste, com 269 puérperas e 275 neonatos, de julho a agosto de 2015. Os dados foram coletados com o instrumento Termômetro de Segurança na Maternidade e analisados por estatística descritiva e cálculo dos indicadores propostos pelo *National Health Service*. Apresentam-se os resultados em três manuscritos. No manuscrito 1, destacou-se pontos fortes dos estudos: o cumprimento

dos estágios do processo, detalhamento dos procedimentos adotados, validação de conteúdo, e avaliação psicométrica. A ausência de informações importantes do processo de adaptação transcultural foi a fragilidade mais encontrada. No manuscrito 2, o Termômetro de Segurança na Maternidade, foi julgado pelo Comitê de *Experts* como equivalente do ponto de vista idiomático, semântico, cultural e conceitual e considerado compreensível ao ser pré-testado com puérperas e enfermeiros. No manuscrito 3, a maioria das mulheres teve parto normal (54,6%) e sofreu traumas perineais (77,3%). A episiotomia foi feita em 32,6% e em 0,7% ocorreram lacerações perineais severas; 3,7% puérperas foram admitidas em Unidade de Terapia Intensiva. A hemorragia pós-parto ocorreu em 1,5% mulheres e as infecções em 13,0%. Dos neonatos, 1,1% tiveram escore de Apgar no 5º minuto  $\leq 6$ , 14,9% foram transferidos para Unidade de Terapia Intensiva e 1,5% foram natimortos. Das puérperas, 0,7% referiram terem sido separadas do bebê, 3,7% ter sido deixada sozinha quando preocupada por 17,5% não ter sido levada a sério ao expressar preocupações. Conclui-se que a adoção é exequível do Termômetro de Segurança na Maternidade pelos serviços de saúde, para produzir indicadores de segurança e qualidade da assistência obstétrica.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente, Obstetrícia, Adaptação Transcultural, Enfermagem obstétrica.



MELO, Cristiane Ribeiro de. **Crosscultural adaptation of the *Maternity Safety Thermometer* to the Brazilian Portuguese language.** 2015. 291f. Thesis (Ph.D.) - Post-Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

## ABSTRACT

Initiatives for patient safety in obstetric care are necessary as data on safety and care quality in this area is scarce. The aims of this study were to: identify and analyze the theoretical approaches and procedural proposals used in the cross-cultural adaptation of instruments in studies developed by Brazilian nursing staff; realize the cross-cultural adaptation of the *Maternity Safety Thermometer* to Brazilian Portuguese; estimate the instantaneous prevalence of maternal and neonatal damage and of the assistance indicator free of injury after application of the cross-culturally adapted version of the *Maternity Safety Thermometer* to Brazilian Portuguese (Termômetro de Segurança na Maternidade). To achieve the first aim, an integrative review was performed. After a search on PubMed-Medililne, CINAHL, SCOPUS, Web of science, LILACS, BDNF and SciELO, 25 articles were included which described the process of cross-cultural adaptation of instruments used in hospital practices, published between 2005-2014. For the second objective, methodological research on cross-cultural adaptation was conducted, realizing the stages of translation of the instrument into Portuguese, translation synthesis, back translation, assessment by a Committee of 11 *experts* and the pilot test. Data from the pilot test was collected between June and July, 2015 through interviews with 30 mothers and assessment of the instrument was carried out by 40 nurses, in two maternity hospitals and a alongside birth center in Rio Grande do Norte. The data was analyzed using the Content Validity Index (reference value 0.8) and the global comprehension average, using the Likert Scale (0 to 2). For the third aim, a descriptive quantitative study was conducted in the same places as the pilot test, with 269 mothers and 275 newborns, from July to August, 2015. The data was collected using the Maternity Safety Thermometer and analyzed by descriptive statistics and calculation of the indicators proposed by the *National Health Service*. The results are presented in three articles. In article 1, the strengths of the studies are outlined: compliance of the process stages, detailing of the adopted procedures, content validity, and psychometric assessment. The weakness most

encountered during this study was the absence of important information on the cross-cultural adaptation process. In article 2, the Maternity Safety thermometer was deemed equivalent by the *Experts* committee in the idiomatic, semantic, cultural and conceptual sense and it was considered comprehensible when pre-tested on mothers and nurses. In article 3, the majority of women had a natural birth (54.6%) and suffered perineal trauma (77.3%). An episiotomy was performed on 32.6% and in 0.7% severe perineal tears occurred; 3.7% of mothers were admitted to the Intensive Care Unit. Postpartum hemorrhage occurred in 1.5% of women and infections occurred in 13.0%. Of newborns, 1.1% had an Apgar score in the 5<sup>th</sup> minute  $\leq 6$ , 14.9% were transferred to the ICU and 1.5% were stillborn. Of the mothers, 0.7% reported being separated from their baby, 3.7% reported being left alone when worried and 17.5% reported not being taken seriously when expressing concerns. It can be concluded that adoption of the Maternity Safety Thermometer by the health services is advisable in order to produce safety and quality indicators for obstetric care.

**Keywords:** Patient Safety, Obstetrics, Cross-cultural Adaptation, Obstetric Nursing.

MELO, Cristiane Ribeiro de. **Adaptación transcultural del Maternity Safety Thermometer al portugués de Brasil**. 2015. 291f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

## RESUMEN

Son necesarias iniciativas de seguridad del paciente en asistencia obstétrica, pues existe escasez de datos de seguridad y calidad de asistencia en esta área. Ese estudio tuvo como objetivos: identificar y analizar abordajes teóricos y propuestas procesales utilizadas en adaptación transcultural de instrumentos en estudios desarrollados por enfermería brasileña; realizar adaptación transcultural del *Maternity Safety Thermometer*, al portugués de Brasil; y estimar prevalencia instantánea de daños maternos y neonatales y del indicador asistencia libre de daños mediante aplicación de la versión adaptada transculturalmente del *Maternity Safety Thermometer* al portugués brasileño (Termômetro de Segurança na Maternidade). Para el primer objetivo, se realizó revisión integrativa. Con búsqueda en PubMed-Medilne, CINAHL, SCOPUS, Web of science, LILACS, BDNF y SciELO, se incluyeron 25 artículos, que describían el proceso de adaptación transcultural de instrumentos usados en práctica hospitalaria, publicados entre 2005-2014. Para el segundo objetivo, se realizó investigación metodológica de adaptación transcultural, realizando etapas de traducción del instrumento al portugués, síntesis de traducciones, retrotraducción, evaluación por un Comité de 11 *experts* y pre-test. Los datos del pre-test fueron recolectados de junio a julio de 2015, mediante entrevista con 30 puérperas y evaluación del instrumento por 40 enfermeros, en dos maternidades y un Centro de Parto Normal en Rio Grande do Norte. Los datos fueron analizados utilizando Índice de Validez de Contenido (valor de referencia 0,8) y media de comprensión global, por medio de Escala de Likert (0 a 2). Para el tercer objetivo, se realizó estudio descriptivo, cuantitativo, en los locales del pre-test, con 269 puérperas y 275 neonatos, de julio a agosto de 2015. Los datos fueron recolectados con el instrumento Termómetro de Seguridad en Maternidad y analizados por estadística descriptiva y cálculo de indicadores propuestos por *National Health Service*. Se presentan los resultados en tres manuscritos. En el manuscrito 1, se destacaron puntos fuertes de los estudios: el cumplimiento de las etapas

del proceso, detallamiento de procedimientos adoptados, validación de contenido, y evaluación psicométrica. Ausencia de informaciones importantes del proceso de adaptación transcultural fue la fragilidad más encontrada. En el manuscrito 2, el Termómetro de Seguridad en Maternidad, fue juzgado por el Comité de *Experts* como equivalente del punto de vista idiomático, semántico, cultural y conceptual y considerado comprensible al ser pre-probado con púerperas y enfermeros. En el manuscrito 3, la mayoría de mujeres tuvo parto normal (54,6%) y sufrió traumas perineales (77,3%). La episiotomía fue hecha en 32,6% y en 0,7% ocurrieron laceraciones perineales severas; 3,7% de púerperas fueron admitidas en Unidad de Terapia Intensiva. La hemorragia postparto ocurrió en 1,5% de mujeres e infecciones en 13,0%. De neonatos, 1,1% tuvieron escala de Apgar en el 5° minuto  $\leq 6$ , 14,9% transferidos a Unidad de Terapia Intensiva y 1,5% natimueertos. De las púerperas, 0,7% refirieron ser separadas del bebé, 3,7% ser dejada sola al preocuparse y 17,5% no ser tomada en serio al expresar preocupaciones. Se concluye que la adopción es exequible del Termómetro de Seguridad en Maternidad por servicios de salud, para producir indicadores de seguridad y calidad de asistencia obstétrica.

**Palabras clave:** Seguridad del Paciente, Obstetricia, Adaptación Transcultural, Enfermería obstétrica.

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** - Fluxograma dos estágios de adaptação transcultural  
construído com base em Beaton e colaboradores (2000)..... **75**

### **MANUSCRITO 1**

**Figura 1** - Diagrama do processo de seleção dos artigos incluídos  
na revisão integrativa..... **105**

### **MANUSCRITO 2**

**Figura 1** - Diagrama do processo de adaptação transcultural,  
segundo Beaton e colaboradores (2000)..... **141**



## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** - Variáveis do estudo com base no *Maternity Safety Thermometer*..... **86**

**Quadro 2** - Indicadores traduzidos com base no documento do NHS *Maternity Safety Thermometer Pilot Data 16/01/2014*..... **91**

### MANUSCRITO 1

**Quadro 1** - Bases de dados e Sintaxes de busca utilizadas na revisão integrativa..... **103**

### MANUSCRITO 2

**Quadro 1** – Itens do *Maternity Safety Thermometer* com índice de validade de conteúdo menor que 0,8 modificados pelo comitê de *experts*..... **108**

### MANUSCRITO 3

**Quadro 1** – Termômetro de Segurança na Maternidade. Prevalência instantânea de danos e do indicador Assistência Livre de Danos em serviços obstétricos. Rio Grande do Norte, Brasil, 2015 (N=269 puérperas; 275 recém-nascidos)..... **187**





## LISTA DE TABELAS

### MANUSCRITO 2

<b>Tabela 1</b> - Distribuição da frequência e percentual de compreensão das puérperas sobre as questões de percepção de segurança da mulher do termômetro de segurança na maternidade. Rio Grande do Norte, Brasil, 2015 (n=40).....	<b>154</b>
---	------------

### MANUSCRITO 3

<b>Tabela 1</b> - Distribuição de danos (eventos adversos) maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica em serviços obstétricos. Rio Grande do Norte, Brasil, 2015 (N=269 puérperas; 275 recém-nascidos).....	<b>175</b>
---	------------



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>45</b>
<b>3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>47</b>
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE .....	47
3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE EM OBSTETRÍCIA.....	55
3.3 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL (ATC) .....	63
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>69</b>
4.1 REVISÃO INTEGRATIVA.....	69
4.2 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO <i>MATERNITY SAFETY THERMOMETER</i> .....	72
4.2.1 Tipo de Estudo .....	72
4.2.2 O instrumento Maternity Safety Thermometer .....	73
4.2.3 Estágios do processo de adaptação transcultural .....	74
4.2.4 Processamento e análise dos dados da adaptação transcultural .....	82
4.3 APLICAÇÃO DO TERMÔMETRO DE SEGURANÇA NA MATERNIDADE .....	84
4.3.1 Tipo de Estudo.....	84
4.3.2 Local do estudo .....	84
4.3.3 Sujeitos do estudo .....	84
4.3.4 Variáveis.....	85
4.3.5 Indicadores do Maternity Safety Thermometer .....	89
4.3.6 Procedimentos para a coleta de dados.....	95
4.3.7 Processamento e análise dos dados .....	96
4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	96
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>97</b>
5.1 MANUSCRITO 1 – ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA CONDUZIDA PELA ENFERMAGEM DO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA ...	98
5.2 MANUSCRITO 2 - ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO <i>MATERNITY SAFETY THERMOMETER</i> PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL.....	134
5.3 MANUSCRITO 3 - APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO <i>MATERNITY SAFETY THERMOMETER</i> , ADAPTADO PARA O	

PORTUGUÊS DO BRASIL, EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS DO RIO GRANDE DO NORTE .....	165
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>197</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>201</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>211</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>259</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tornou-se uma temática de importância mundial e uma prioridade nas agendas políticas de países desenvolvidos e em desenvolvimento desde que o *Institute of Medicine* (IOM), norte americano, publicou o relatório *To err is human: building a safer health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), em 1999, no qual ficou constatado que anualmente morriam entre 44.000 e 98.000 pacientes, em decorrência de danos evitáveis causados pela assistência à saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A partir da publicação do relatório do IOM, a temática da segurança do paciente ganhou destaque e relevância mundial. O relatório *To err is human: building a safer health system* foi fundamentado em dois estudos científicos de avaliação da incidência de eventos adversos, por meio de revisões retrospectivas de prontuários, em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. Nesses estudos, a definição adotada para a variável evento adverso foi dano causado pela assistência à saúde e não pela doença de base, que decorreu em prolongamento da permanência do paciente ou pela incapacidade presente no paciente, na ocasião de sua alta hospitalar. Mesmo a menor estimativa de mortes anual em decorrência de eventos adversos, publicada pelo IOM – 44.000 óbitos – é suficiente para colocar esta causa de morte, numa posição superior àquelas decorrentes do vírus HIV, câncer de mama ou atropelamentos (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deu início a uma série de ações que tem levado os Estados Membros a tratar com prioridade a elaboração de políticas de combate aos eventos adversos evitáveis. Em 2004, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, a OMS apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que tem como principal função liderar, internacionalmente, programas de segurança do paciente (WHO, 2008).

Com a intensa produção de conhecimento acerca da segurança do paciente em países de todo o mundo, tornou-se necessário o desenvolvimento de estratégias para registrar, mapear e difundir informações. Dessa forma, a OMS tem estimulado esforços para definir e padronizar os conceitos construídos sobre segurança do paciente em uma classificação internacional. Para tal, foi criado o Grupo de redação da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, composto de especialistas nesta área, na teoria da classificação, informática em saúde, representantes dos pacientes, da medicina e do direito, com a

tarefa de desenvolver uma taxonomia internacional (DENSER; BOHOMOL; HARADA, 2011).

A Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) compreende um conjunto de conceitos que proporciona uma estrutura para organizar a informação usada para uma variedade de finalidades, dentre as quais possibilitar a coleta de dados sistemática sobre segurança do paciente e eventos adversos, realizar análise estatística, fundamentar estudos descritivos e de avaliação e permitir o monitoramento de serviços em longo prazo. Serviram de base para a elaboração da CISP quatro classificações existentes: *National Reporting and Learning System* (Reino Unido), *Advanced Incident Management System* (Austrália), *Eindhoven/PRISMA-Medical Classification Model* (Holanda) e *Patient Safety Event Taxonomy* (Estados Unidos) (WHO, 2009a).

Conforme a OMS, o objetivo central da CISP é viabilizar a categorização de informações sobre segurança do paciente, utilizando conjuntos padronizados de conceitos, termos preferidos e as relações entre estes. Também visa facilitar a comparação, mensuração, análise e interpretação de informações para melhorar a assistência ao paciente (WHO, 2009).

O quadro conceitual da CISP é constituído por 10 grandes classes: tipo de incidente; desfechos do paciente; características do paciente; características do incidente; fatores contribuintes/riscos; desfechos na instituição; detecção; fatores de mitigação; ações de melhoria e ações tomadas para diminuição do risco. Também foram definidos 48 conceitos-chave para facilitar a compreensão e transferência de informações relevantes para a segurança do paciente (WHO, 2009a).

Essas 10 classes, são organizadas em três grandes grupos de conceitos sobre o incidente: 1) sistema de resiliência (o que existe ou começa a ser feito para evitar os incidentes): detecção, fatores de mitigação, ações de melhoria e ações tomadas para diminuição do risco; 2) caracterização clínica (agrupa os incidentes em categorias que possuem significado clínico); 3) tipo de incidente e desfechos do paciente; informações descritivas (informações que descrevem o contexto do incidente para melhor caracterizá-lo e contextualizá-lo): características do paciente, características do incidente, fatores contribuintes/riscos e desfechos na instituição (WHO, 2009a).

Para entender a CISP, faz-se necessário conhecer duas definições consideradas centrais: segurança do paciente e incidente. A

segurança do paciente foi definida por meio da CISP como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (WHO, 2009a).

O incidente, que se relaciona à segurança do paciente e implica em dano ou dano potencial, está classificado em quatro grupos. Considera-se circunstância notificável quando houve potencial significativo para o dano, mas o incidente não ocorreu; *near miss*, como incidente que não atingiu o paciente. O incidente sem dano trata do incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano, e incidente com dano aquele que resulta em lesão ao paciente (Evento Adverso) (WHO, 2009a).

Ressalta-se que, no estudo da morbidade materna, *near miss* refere-se a mulheres que apresentaram complicações potencialmente letais durante a gravidez, parto ou puerpério, mas sobreviveram somente devido ao acaso ou ao cuidado hospitalar (STONES et al., 1991).

Segundo a CISP, os incidentes podem ser oriundos de atos intencionais ou não-intencionais. Os erros são não-intencionais, enquanto as violações são intencionais, embora raramente mal-intencionadas, podendo se tornar rotineiras e espontâneas. O erro é definido como falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. A violação é a divergência deliberada de um procedimento cirúrgico, um padrão ou uma regra. Ambos aumentam o risco, mesmo quando um incidente não ocorre realmente (WHO, 2009a).

Risco, diz respeito à probabilidade de um incidente ocorrer. O dano ocorre quando há lesão de estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo e inclui doença, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade, disfunção e morte, e pode ser físico, social ou psicológico. O dano associado ao cuidado de saúde é aquele que surge por ou associa-se a planos ou ações realizadas durante a assistência à saúde, e não a uma doença ou lesão de base (WHO, 2009a).

Outra importante ação adveio da 27<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana em 2007, na qual foi publicada a Resolução CSP27. R.10 - Política e estratégia regionais para garantia da qualidade da atenção à saúde, inclusive a segurança do paciente, que dentre outros aspectos, resolveu instar os Estados Membros a priorizar a segurança do paciente e a qualidade da atenção nas políticas e programas do setor da saúde. Merece destaque dentro dessa chamada, a recomendação de incluir a promoção de uma cultura organizacional e pessoal, além de destinar os

recursos necessários para a formulação de políticas e programas, incorporar a participação dos clientes na melhoria da qualidade da atenção à saúde e avaliar a situação do país em termos de segurança do paciente e qualidade da atenção, com o objetivo de identificar áreas prioritárias e estratégias de intervenção (PAHO; WHO, 2007).

Além disso, a OMS elaborou os desafios globais para a segurança do paciente, com o intuito de orientar os países membros na implantação de ações de promoção de segurança em áreas prioritárias da assistência. O primeiro deles, lançado para o biênio 2005-2006 – *Clean care is safer care* (Uma assistência limpa é uma assistência mais segura) – orientou os países a investirem na promoção da higienização das mãos, durante a assistência à saúde e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (WHO, 2005).

No biênio seguinte (2007-2008), foi lançado o segundo desafio global para a segurança do paciente – *Safe surgery saves lives* (Cirurgia segura salva vidas), com o foco na prevenção de complicações e mortes provocadas por intervenções cirúrgicas (OMS, 2010). O terceiro desafio (2010-2011), *Tackling antimicrobial resistance* (Combatendo a resistência bacteriana) tem como foco alcançar as seguintes ações: uso racional e regulamentação de medicamentos antimicrobianos em seres humanos e regulamentação do uso de medicamentos antimicrobianos em pecuária, agricultura e aquicultura (WHO, 2008).

Nas últimas décadas tem se tornado evidente que a assistência à saúde é a mais complexa atividade empreendida pelo ser humano (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). A prestação de assistência à saúde combina o uso de tecnologias altamente complexas, drogas poderosas, uma gama de experiências profissionais, organização de linhas hierárquicas de autoridade pouco claras ou mal definidas, configurações de estrutura física altamente variáveis, combinações peculiares de diversos pacientes, barreiras de comunicação, grande variação no processo de cuidar, desenvolvido pelos profissionais de saúde, e um ambiente de alta pressão, em que importantes decisões sobre a assistência são tomadas, com base em informações incompletas (GLUCK, 2007).

Segundo a teoria de James Reason, os erros podem ser ativos, quando acontecem no componente de execução da assistência à saúde, ou seja, na interação direta entre profissionais de saúde e pacientes. Esses são os chamados erros de execução, caracterizados por serem difíceis de prever ou prevenir, por mais eficientes que sejam as barreiras de defesa criadas pelo sistema de saúde. Existem também os erros



latentes, aqueles que acontecem no componente de planejamento (infraestrutura que fornece e permite a prestação de assistência à saúde), ou seja, são erros que estão “adormecidos”, devido a falhas nas barreiras de defesa, criando condições inseguras que, em algum momento, podem se interconectar, e provocar danos em pacientes, que seriam preveníveis a priori (REASON, 2000).

Considerando esses tipos de erros, existem três linhas estratégicas para revertê-los e tornar a assistência à saúde mais segura: reduzir a complexidade da assistência à saúde; identificar e corrigir os erros latentes da infraestrutura do sistema; e examinar as barreiras de defesa e reduzir suas vulnerabilidades. Na abordagem e resolução dos problemas de segurança, existem cinco categorias de solução: proporcionar liderança, respeitar os limites humanos ao desenhar equipamentos e processos assistenciais, desenvolver equipes de assistência à saúde efetivas, criar um ambiente de aprendizagem e antever o inesperado (REASON, 2000).

Diversas iniciativas revelam que a preocupação com a segurança na área obstétrica tem sido discutida desde os anos 1980. A temática maternidade segura está em pauta, desde então, quando estudiosos da área admitiram que ainda havia muito a ser feito para que a qualidade da assistência obstétrica e, conseqüentemente, a segurança das pacientes assistidas, fossem alcançadas.

Um dos marcos nesse contexto data de 1985, durante uma reunião da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) - Escritório Regional para as Américas, em Fortaleza, no estado brasileiro do Ceará. Nesta oportunidade, *experts* da área discutiram tecnologias apropriadas para o parto, com vistas a promover melhorias nas práticas clínicas obstétricas, para garantir uma assistência ao parto mais segura e humanizada (OMS, 1985).

Acerca desse encontro, já havia algumas recomendações implícitas, que estão entre as que são atualmente preconizadas pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tais como: a equipe obstétrica deve compartilhar uma filosofia de trabalho em comum (cultura) para evitar a exposição da parturiente a riscos; devem ser incluídas no treinamento da equipe, técnicas de comunicação, que promovam a troca sensibilizada entre os membros da equipe, paciente e seus familiares; além do uso de tecnologias apropriadas e boas práticas, que ocupavam papel central, naquela ocasião (OMS, 1985).

Dois anos depois (1987), em Nairóbi, aconteceu a conferência sobre “Maternidade Segura”, em que a morte materna foi reconhecida

internacionalmente como uma tragédia que desafiava o mundo e precisava ser encarada por todos os países. Nesta ocasião, ocorreu o lançamento da iniciativa mundial para a Maternidade Segura, que possuía como meta reduzir em 50% a mortalidade materna até o ano 2000. Em 1990, a OMS junto com a OPAS lançaram o Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna (HUSSEIN, 2008; REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

A partir desse encontro, houve um movimento para a organização das melhores evidências para a prática obstétrica, culminando na publicação, em 1996, do Guia Maternidade Segura, que classificou as práticas obstétricas de acordo com as evidências científicas disponíveis na época, em quatro categorias: categoria A - práticas úteis que devem ser estimuladas; Categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas; Categoria C - práticas sem evidências científicas suficientes para suportar seu uso, e, portanto, que devem ser usadas com cautela, até que mais evidências sejam produzidas; Categoria D - práticas frequentemente utilizadas de forma inadequada (OMS, 1996).

No Brasil, iniciativas governamentais têm sido formuladas, com o intuito de reduzir a morbidade e mortalidade materna. Um exemplo disso deu-se em 1995, quando foram lançados oito passos para o sucesso da maternidade segura, quais sejam: garantir informação sobre saúde reprodutora e direitos da mulher; garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, e no planejamento familiar; incentivar o parto normal e humanizado; ter rotinas escritas para normatizar a assistência; treinar toda a equipe de saúde para implantar as rotinas; ter estrutura adequada ao atendimento materno e perinatal; possuir arquivos e sistema de informação; avaliar periodicamente os indicadores de saúde materno-perinatal. Entretanto essa iniciativa não prosperou (BRASIL, 1995).

Poucos anos depois, foi publicada no Brasil, a Portaria n<sup>o</sup> 569/2000, pelo Ministério da Saúde, instituindo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). O objetivo central desta iniciativa era “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p.5).

O PHPN considera que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primordial para o acompanhamento adequado do parto e puerpério. Os fundamentos da humanização recomendados pelo

PHPN estão no dever do serviço de saúde de receber dignamente a mulher, familiares e recém-nascido, em um ambiente acolhedor e de rompimento com as rotinas institucionais de isolamento da mulher; e na adoção de procedimentos benéficos (boas práticas) no acompanhamento do parto e nascimento e a abolição de intervenções desnecessárias, que provocam maiores riscos maternos e neonatais. Em síntese, o PHPN alicerça-se nos direitos da mulher e do seu bebê, durante o processo de nascimento (da gestação ao puerpério), no acesso a uma assistência digna e segura (BRASIL, 2002).

A preocupação mundial com a mortalidade e a morbidade grave materna e neonatal é tão expressiva que em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que representavam grandes metas mundiais a serem alcançadas até o ano 2015. Esses objetivos foram definidos com base nos maiores problemas mundiais. Dentre esses, dois tratam da melhoria da qualidade da assistência à saúde da gestante e neonato: **Objetivo 4** - reduzir a mortalidade infantil e **Objetivo 5** - redução da taxa de mortalidade materna em 75% entre 1990 e 2015 (ODM, 2010).

Também no ano 2000, o *Advanced Life Support in Obstetrics* (ALSO<sup>®</sup>), programa de educação profissional, iniciou suas atividades no Brasil. Esse programa é uma referência mundial na promoção de melhoria e padronização da assistência materna multidisciplinar. Foi criado em 1991, pela Universidade norte americana Wisconsin, e desde então, tem sido administrado pela *American Academy of Family Physician*. O principal objetivo do ALSO<sup>®</sup> corresponde à ampla divulgação dos protocolos de emergência obstétrica estabelecidos pelo ALSO<sup>®</sup> mundial, mediante a oferta de cursos de capacitação de profissionais de saúde, envolvidos na assistência obstétrica (ALSO BRASIL<sup>®</sup>).

Outra ação empreendida mais recentemente, desde 2011, diz respeito à estratégia Rede Cegonha, que “*visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis*”, e tem sido implementada nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2011; p.2).

No entanto, em pleno século XXI, a despeito de todo avanço técnico e científico, dados norte-americanos evidenciam que 2,0% de todas as pacientes obstétricas experimentam pelo menos, um evento adverso durante o parto (FORSTER, et al., 2006). Considerando que

nesse país, acontecem mais de quatro milhões de nascimentos por ano, em que o parto representa o motivo mais comum para admissão hospitalar e a cesárea é a mais frequente cirurgia em hospitais americanos, o percentual de eventos adversos em pacientes obstétricas representa mais de 80.000 eventos/ano (RUSSO; WIER; STEINER, 2006).

Dados da OMS também refletem a gravidade e o impacto negativo dos eventos adversos na assistência obstétrica. Segundo a OMS, por ano, acontecem aproximadamente 130 milhões de nascimentos, dos quais cerca de 287.000 resultam em mortes maternas, um milhão de natimortos e mais três milhões de mortes no período neonatal (30 primeiros dias de vida) (WHO, 2013).

Outros autores, no entanto, apresentam dados ainda mais graves acerca da mortalidade materna: 342.900 mortes de mulheres por causas relacionadas ao parto, em todo o mundo (HOGAN, et al., 2010).

Além dos eventos adversos com desfechos trágicos, outros indicadores de segurança relacionados à assistência obstétrica e neonatal têm possibilitado a identificação e análise de eventos adversos. Neste sentido, publicações de entidades e órgãos internacionais ligados aos Departamentos de Saúde nacionais evidenciam iniciativas recentes na criação desses indicadores.

Na Inglaterra, o *National Health Service* (NHS) estabeleceu indicadores de avaliação da qualidade da assistência e de segurança da paciente na maternidade. Dentre os indicadores estão: percentual de mulheres com problemas no parto ou cesária que recebem informações/esclarecimentos verbais (meta de 100%); percentual de mulheres com problemas no parto ou cesária que recebem esclarecimentos/informações escritas (meta de 100%); pesquisa de satisfação, qualidade da informação e intenções para o próximo nascimento em puérperas primíparas submetidas a cesária; percentual de registros de saúde com a documentação da escolha do tipo de parto pela mulher (meta de 100%); pesquisa das razões para as escolhas do tipo de parto pelas mulheres; percentual de mulheres que realizaram o tipo de parto escolhido (NHS, 2013).

Ainda na Inglaterra, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) publicou indicadores que tem como objetivo auxiliar na redução da mortalidade precoce pelas principais causas de morte, que são: proporção de gestações que resultaram em um natimorto; proporção de parto em que o recém-nascido foi de baixo peso; proporção de partos

que resultaram em admissão do recém-nascido em unidades neonatais (NICE-CLINICAL COMMISSIONING GROUP, 2015).

Na Austrália, o *Australian Council on Safety and Quality in Health Care* (Conselho Australiano para a Segurança e Qualidade em Saúde), desenvolvido pelo *Australian Institute of Health and Welfare* (Instituto Australiano de Saúde e Bem-estar) projetou indicadores, cuja finalidade foi auxiliar maternidades e profissionais de saúde a modificarem a prática clínica para o benefício de mulheres e recém-nascidos (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2013).

Os 10 indicadores básicos australianos incluem aqueles que são preditores de risco para danos (pré-parto): o não aconselhamento para suspensão do tabagismo durante a gravidez e a indução do trabalho de parto em primíparas; e indicadores de danos propriamente ditos (intra-parto e puerpério): cesariana em primíparas; episiotomia em primíparas; lacerações de 3º e 4º grau em primíparas; partos vaginais espontâneos com intervenções em primíparas; escore de Apgar em bebês a termo  $\leq$  a 6 no 5º minuto, mortalidade neonatal; hemorragia pós-parto vaginal e ausência de apoio para o aleitamento materno (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2013).

No Brasil, algumas pesquisas e iniciativas governamentais incipientes, apontam a necessidade de que sejam padronizados e adotados indicadores de segurança relacionados à assistência obstétrica pelos serviços de saúde nos três níveis de atenção. Os órgãos reguladores de saúde devem incentivar e fiscalizar o uso sistemático e regular desses indicadores pelos serviços, visto que o país precisa conhecer o seu quadro de problemas segurança e qualidade da assistência obstétrica.

O estudo conduzido por Campos e Lana (2007) em um Centro de Parto Normal (CPN) peri-hospitalar de Belo Horizonte, com uma amostra de 2.117 arpuérperas objetivou identificar os principais indicadores da assistência clínica prestada à parturiente e ao feto (recém-nascido), como forma de avaliar a segurança do paciente. Os indicadores pesquisados foram: taxa de transferência materna e suas causas; taxa de cesárea e parto vaginal assistido; percentual de avaliações pelo médico obstetra e suas causas; taxa de valores do escore de Apgar no 1º e 5º minutos de vida; taxa de admissão em unidade neonatal e suas causas; percentual das avaliações pelo pediatra e suas causas; e mortalidade neonatal.

Nesse contexto, outro estudo brasileiro realizado com o objetivo de avaliar a satisfação da puérpera com a assistência recebida, identificou que 74,3% das usuárias estavam muito satisfeitas, enquanto 24,4% estavam razoavelmente satisfeitas e 1,3% pouco satisfeitas (QUEIROZ et al., 2007). Os principais motivos da satisfação com a assistência recebida foram: o bom atendimento ofertado pelo hospital, a qualidade e a forma atenciosa e respeitosa de tratar as pacientes pelos profissionais; a limpeza visível do hospital; a rapidez do atendimento; a pontualidade da rotina do hospital; a prestação de uma boa assistência ao bebê; a estrutura do hospital. Em relação à qualidade do atendimento, 70,5% das puérperas referiram que se encontravam muito satisfeitas, 26,9% mais ou menos satisfeitas, e uma minoria (2,6%) revelou pouca satisfação com a qualidade do atendimento (QUEIROZ et al., 2007).

Dados da pesquisa Nascer no Brasil, estudo de base hospitalar realizado em todas as regiões do país, apontam que no panorama nacional ainda é frequente, os serviços de atenção obstétrica realizarem intervenções desnecessárias em mulheres de risco habitual (parturientes e puérperas) e seus recém-nascidos, aumentando o risco desses sofrerem danos (eventos adversos) relacionados à assistência recebida. Os dados demonstram que a punção venosa periférica foi realizada em mais de 70% das mulheres, o uso de ocitocina e a aminiotomia foram feitas em aproximadamente 40%, e a analgesia raqui/epidural em cerca de 30% delas (LEAL et al., 2014).

Ainda conforme o mesmo estudo, a incidência da posição litotômica foi de 92%, da manobra de Kristeller foi de 37% e da episiotomia foi de 56%. Quanto ao tipo de parto, 48,1% foram vaginais e, dentre esses, somente 5% ocorreu sem nenhuma intervenção (parto normal sem intervenção) e 51,9% dos demais nascimentos, aconteceram por meio de cesariana. Dentre as boas práticas durante o trabalho de parto, que devem ser amplamente utilizadas, observou-se que a incidência da alimentação foi realizada em apenas 25,2% das puérperas, a movimentação em 44,3%, a utilização de procedimentos não-farmacológicos para alívio da dor em 26,7% e o uso de partograma em 41,4% (LEAL et al., 2014).

Em 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ligada ao Ministério da Saúde do Brasil, publicou a instrução normativa N<sup>o</sup>. 2, que dispõe sobre os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Os objetivos centrais dessa normatização foram definir mecanismos de monitorização da qualidade da assistência ofertada pelos serviços obstétricos e neonatais, assim

como atender a necessidade de redução dos riscos aos quais ficam expostos a mulher e o recém-nascido. Assim, a instrução recomenda que os serviços de maternidade adotem os indicadores em sua rotina, e os classifica em indicadores de gestão, processo e resultados (BRASIL, 2008).

Recomenda-se a coleta sistemática e análise do indicador de gestão: média de permanência das puérperas; os de processo: taxa de cesárea, taxa de cesárea em primíparas, taxa de episiotomia e taxa de partos com acompanhantes; e os de resultados: taxa de mortalidade neonatal precoce e taxa de infecção puerperal relacionada a partos normais e cesáreas (BRASIL, 2008).

Essas iniciativas, somadas aos dados de eventos adversos graves relacionados à assistência à maternidade encontradas em estudos nacionais, apontam para a necessidade premente de elaboração e implementação de indicadores de segurança nas áreas obstétrica e neonatal, que direcionem mudanças concretas e positivas na prática clínica diária e bons resultados, como uma assistência obstétrica segura e de qualidade.

Diante do exposto, observa-se que, as iniciativas globais e brasileiras para a promoção de uma maternidade segura estão pautadas, essencialmente, no incentivo do uso das melhores evidências científicas na prática clínica obstétrica, na elaboração de normas regulamentadoras da estrutura, ações e responsabilidades de cada esfera do governo e dos serviços de saúde na oferta de assistência obstétrica e neonatal.

Mesmo nos Estados Unidos essas iniciativas de promoção de segurança do paciente na assistência obstétrica e neonatal ainda precisam avançar para alcançar melhorias na qualidade da assistência à saúde. Neste sentido, *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) publicou, no início dos anos 2000, um manual sobre a melhoria da qualidade da assistência à mulher. Além disso, tem incentivado a identificação de erros obstétricos preveníveis e das causas de morbidade e mortalidade, bem como a produção e utilização de indicadores de segurança do paciente voltados para a área. No entanto, a ACOG reconhece que a forma de mensurar danos ainda é imatura e precisa ser priorizada em pesquisas científicas (PRONOVOST, et al., 2011).

Além dessa iniciativa, em 2003, o ACOG, por meio de seu *Committee on Patient Safety and Quality Improvement*, definiu e divulgou sete objetivos para a segurança do paciente (ACOG, 2009), são eles:

1. Desenvolver o compromisso de estimular uma cultura de segurança do paciente;
2. Implementar práticas recomendadas de medicação segura;
3. Reduzir a probabilidade de erros cirúrgicos;
4. Melhorar a comunicação entre os membros da equipe de assistência à saúde;
5. Melhorar a comunicação com os pacientes;
6. Estabelecer uma parceria com os pacientes para melhorar a segurança;
7. Fazer da segurança uma prioridade em todos os aspectos da prática.

Como é possível observar, a primeira grande prioridade, dada pela ACOG, para a promoção de uma assistência obstétrica e neonatal alicerçada na segurança do paciente, diz respeito à cultura de segurança do paciente. Também a Portaria MS/GM nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil, destaca a importância da cultura de segurança em seu Art. 5º, que trata das estratégias de implementação do Programa, inciso VI:

a promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a OMS aponta que a cultura de segurança do paciente, se configura a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos na assistência à saúde e gestores, assumem a responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (WHO, 2009).



Dentre os focos do PNSP, proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil, destaca-se a promoção de uma cultura de segurança institucional, que promova a integração dos membros da equipe assistencial, das equipes de apoio, além da participação da gestão no provimento da estrutura e organização necessárias (BRASIL, 2013).

Dessa forma, fica evidente a importância da cultura de segurança do paciente como um indicador de estrutura básica, que possibilita iniciativas para redução de riscos e de eventos adversos (JHA et al., 2010).

No entanto, a despeito dessas iniciativas, também é perceptível que ações mais abrangentes, que congreguem uma perspectiva mais ampliada da segurança do paciente, ainda estão em um processo inicial de desenvolvimento, na área obstétrica e neonatal.

Um dos esforços empreendidos mais recentemente para o enfrentamento dessa realidade deu-se em 2013, quando a OMS, lançou a edição piloto do *Checklist* para o parto seguro, conclamando as nações para utilizarem amplamente este instrumento, com fins de lembrar às equipes obstétricas das ações, que representam barreiras preventivas para as principais causas de morbidade grave e mortalidade materna e neonatal (WHO, 2013).

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (*UK National Health Service*) elaborou também um instrumento, denominado *Maternity Safety Thermometer*, que tem como objetivo possibilitar a estimativa da prevalência instantânea de danos (eventos adversos) maternos e neonatais relacionados à assistência à maternidade e do indicador composto *Harmfreecare* “assistência livre de danos”. Essa ferramenta que permite a coleta de dados em poucos minutos, e através da leitura do indicador *Harmfreecare*, permite aos serviços de saúde “checar a temperatura dos danos” e também de proteção de danos, resultantes da assistência ofertada. Dentre os eventos adversos, passíveis de serem identificados pelo *Maternity Safety Thermometer*, estão: infecções maternas; traumas perineais; hemorragia pós-parto; índice de Apgar em bebês a termo; necessidade de tratamento de bebês a termo; separação entre mãe e bebê; danos psicossociais (NHS, 2014).

Considerando que a falta de informações confiáveis sobre a segurança e a qualidade da assistência está dificultando a melhoria na segurança em todo o mundo, a existência da lacuna de iniciativas brasileiras para padronizar e sistematizar indicadores da segurança do paciente na assistência obstétrica, tendo em vista que no panorama

nacional brasileiro inexistem dados sistematizados sobre segurança do paciente nesta área, questiona-se:

- o instrumento *Maternity Safety Thermometer* é passível de ser submetido a adaptação transcultural (ATC) para o português do Brasil e de tornar viável a estimativa da prevalência instantânea de danos (eventos adversos) maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica e do indicador composto *Harmfreecare* (assistência livre de danos), de forma equivalente a que é feita na cultura em que foi criado (Inglaterra)?

- quais as abordagens teóricas e propostas processuais para a ATC de instrumentos para língua portuguesa brasileira, voltados para a prática hospitalar, têm sido utilizadas em estudos desenvolvidos pela Enfermagem do Brasil?

- qual a equivalência existente entre a versão do *Maternity Safety Thermometer* adaptada transculturalmente para o português do Brasil e a versão original, com vistas a tornar viável a estimativa da prevalência instantânea de danos (eventos adversos) maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica e do indicador composto *Harmfreecare* (assistência livre de danos)?

- qual a prevalência instantânea de danos (eventos adversos) maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica mediante a aplicação da versão do *Maternity Safety Thermometer* adaptada transculturalmente para o português do Brasil? E qual a prevalência de pacientes protegidos dos danos, calculada por meio do indicador composto *Harmfreecare* “assistência livre de danos” maternos e neonatais decorrentes da assistência obstétrica?

Esses questionamentos iniciaram-se a partir da constatação sobre a importância de investir no diagnóstico da realidade de segurança do paciente na assistência obstétrica e neonatal brasileira. O país ainda não dispõe de um banco de informações sistematizadas sobre segurança do paciente obstétrica, fato que certamente colabora para a ocorrência de sérias e indesejáveis consequências, como: eventos adversos, mortes e incapacidades permanentes e transitórias evitáveis, desdobramentos psicossociais indesejados e altíssimos gastos públicos desnecessários.

A ATC de um instrumento de obtenção de dados sobre danos (eventos adversos) maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica, para o português do Brasil, pode viabilizar, por meio da aplicação dessa ferramenta de avaliação da assistência obstétrica pelos serviços brasileiros, um *start* no processo de construção de bancos de dados sistematizados.

Cabe destacar que o *Maternity Safety Thermometer* se propõe a levantar a prevalência instantânea de forma objetiva, rápida e pontual (uma vez ao mês) dos danos mais comuns e relevantes, evitáveis e, portanto, passíveis de serem modificados por meio das intervenções adequadas. Esses dados ajudam a elaborar um diagnóstico, que pode e deve fundamentar a elaboração e monitoramento de programas de prevenção de eventos adversos e de promoção de segurança do paciente na área obstétrica.



## 2 OBJETIVOS

– Identificar e analisar as abordagens teóricas e as propostas processuais utilizadas na adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa, voltados para a prática hospitalar, para língua portuguesa do Brasil, em estudos desenvolvidos pela enfermagem brasileira.

– Realizar a adaptação transcultural do *Maternity Safety Thermometer*, para o português do Brasil.

– Estimar a prevalência instantânea de danos (eventos adversos) maternos e neonatais e o indicador composto *Harmfreecare* (assistência livre de danos) decorrentes da assistência obstétrica mediante a aplicação da versão do *Maternity Safety Thermometer* adaptada transculturalmente para o português do Brasil.



### 3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

A sustentação teórica que serviu de base para o presente estudo se pauta em três tópicos. Inicialmente, será abordado o tema da segurança do paciente, quando e em que contexto surgiu; os principais conceitos relacionados com este estudo; a sua importância para a melhoria da qualidade da assistência e para a cultura de segurança do paciente. Posteriormente, serão expostas abordagens e iniciativas de segurança do paciente na área obstétrica. E por último, será discorrido sobre o processo de adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros.

#### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Há 15 anos, o relatório do IOM *To err is human: building a safer health system*, modificou o entendimento acerca dos riscos relacionados à assistência à saúde e da segurança do paciente. Esse tema passou a ser discutido e tem ganho força e destaque na mídia e nas agendas de gestores e profissionais de saúde em todo o mundo. O número alarmante de danos causados pela assistência à saúde em pacientes internados chamou a atenção do mundo para um problema que existe há muito tempo, mas que parecia se encontrar encoberto (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A partir desse relatório, não só a estatística de 100 mil mortes de norte-americanos por ano decorrente da prestação da assistência à saúde veio à tona, mas também a necessidade de repensar estratégias de ação e avaliação da assistência à saúde e do profissional de saúde. Talvez, o mais importante legado que esses dados tenham deixado, seja a necessidade de superação da ideia de que o profissional de saúde qualificado e atento não erra, visto que o erro - falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano - é uma característica inerente ao ser humano (WHO, 2009b). Essa nova realidade faz surgir outra necessidade imprescindível: dotar os sistemas de saúde e tudo mais que o constitui de mecanismos e barreiras de proteção, para impedir que esses erros atinjam pacientes, e lhes causem dor, sofrimento, lesões e perdas, que são simultaneamente, em sua maioria preveníveis e irreparáveis (BRASIL, 2014b).

A abordagem dos erros e dos profissionais e trabalhadores envolvidos nas situações de erros em organizações são aspectos que se relacionam diretamente à cultura de segurança. O conceito de cultura de

segurança foi descrito pela primeira vez pelo *International Nuclear Safety Advisory Group* (INSAG), após a análise das causas do acidente da Usina Nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, ocorrido em 1986. O INSAG definiu cultura de segurança como (INSAG, 1999, p.12):

Produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso e o estilo da instituição. Organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e eficácia de ações preventivas.

Depois disso, Nieva e Sorra (2003) adaptaram o conceito de cultura de segurança, sob a perspectiva do processo de trabalho em saúde e dos serviços de saúde. Neste sentido, ao conceito do INSAG, adicionaram o aspecto da proficiência sobre as questões de segurança do paciente.

Outro aspecto da cultura de segurança do paciente, abordado por Hudson (2003), diz respeito aos estágios de maturação da cultura de segurança. Esses estágios foram descritos a partir do modelo de evolução da cultura de segurança elaborado por Westrum, que havia inicialmente identificado apenas três estágios:

Estágio 1 - *Pathological* (Patológico): a organização compreende a segurança como um problema causado pelos trabalhadores da saúde, e tem como princípios norteadores, os negócios e o desejo de não ser descoberto pelos órgãos reguladores.

Estágio 2 - *Reactive* (Reativo): as instituições que até tratam com seriedade a segurança, mas só adotam ações corretivas, quando os incidentes ocorrem.

Estágio 3 - *Calculative* (Calculada): a organização coordena a segurança por sistemas administrativos, mediante a coleta de dados, no entanto, ela é mais imposta pelo administrador do que uma atitude almejada pelos trabalhadores.

Estágio 4 - *Proactive* (Proativo): a organização adota a segurança e atinge melhor desempenho, portanto, o inesperado é um desafio. Neste estágio, começam a haver iniciativas de segurança adotadas pelos profissionais.



Estágio 5 - *Generative* (Participativo): a organização compreende a segurança como parte inerente do negócio e todos os trabalhadores, em todos os níveis estão envolvidos (HUDSON, 2003, p. i9).

Considerando a importância dos sistemas para a promoção da segurança, James Reason elaborou o modelo do queijo suíço, no qual explica a ocorrência dos erros assistenciais, e como os sistemas podem interferir, impedindo que os erros sejam traduzidos em danos ao paciente. Segundo esse modelo de explicação, os erros podem ser de dois tipos, ativos e latentes. Os erros ativos dizem respeito às ações inseguras praticadas por quem atua diretamente com o sistema de saúde - profissionais e trabalhadores envolvidos na assistência à saúde direta e/ou indireta. E os erros latentes são falhas de dentro do sistema que permanecem “adormecidas” e estão diretamente ligadas à gestão (REASON, 2000).

O fato é que a congruência de vários erros latentes, em um sistema desprovido de barreiras de proteção, permite que os erros se concretizem em eventos adversos, ou seja, em falhas que acabam por atingir o paciente, e causar lesões, danos. Por isso, que esse autor defende a gestão dos erros, por meio de mecanismos criados pelos sistemas de saúde, possibilitando a identificação e correção precoce dos erros latentes, de modo a evitar a ocorrência de lesões ao paciente (eventos adversos) (REASON, 2000).

Além disso, Reason (1990) rompe com o modelo da cultura da culpa e da punição, e apresenta cinco elementos constituintes de uma cultura de segurança positiva: *reporting culture* (cultura do relato), *just culture* (cultura justa), *flexible culture* (cultura flexível), *learning culture* (cultura do aprendizado) e *informed culture* (cultura informada). Uma cultura informada depende de uma cultura de relato, que por sua vez depende de uma cultura justa.

Conforme foi evidenciado em um estudo de revisão que definiu cultura de segurança, realizado pela *Civil Air Navigation Services Organisation* (CANSO), os trabalhadores de uma organização precisam entender claramente e reconhecer que é inaceitável a cultura de punição e culpa de indivíduos por todos os erros e atos inseguros, sem que seja consideradas as origens e circunstâncias do erro. Também é igualmente inconcebível, a imunidade e cobertura de comportamentos de violação de normas e protocolos que podem contribuir ou contribuem para a ocorrência de acidentes organizacionais (CANSO, 2008).

Conforme esse estudo da CANSO, é de extrema importância a abordagem utilizada pela organização para conduzir notificação de

situações erros, *near misses*, riscos e perigos, uma vez que a cultura de segurança de alicerça no relato desses eventos e depende diretamente da forma como a organização lida com a culpa e a punição. Quando a culpa é a resposta de rotina ao erro, certamente os trabalhadores se esquivarão de relatar quando erram, no entanto, se a culpa e punição são reservadas apenas para combater comportamentos de imprudência ou de dolo (quando se assume o risco de causar incidentes), certamente predominará a cultura do relato e conseqüentemente, do aprendizado a partir de erros cometidos (CANSO, 2008).

Outro importante aspecto da cultura de segurança positiva, diz respeito à informação ou cultura informada, que ocorre quando a gestão oportuniza a disseminação do aprendizado sobre os perigos e riscos inerentes às áreas de atuação entre os trabalhadores. A oferta de oportunidades para que os trabalhadores adquiram o conhecimento, habilidades e experiência de trabalho necessários para atuarem com segurança, encoraja-os a identificar ameaças à segurança e a buscar alternativas adequadas e possíveis para superá-las. Essa é uma característica altamente proativa da cultura de segurança, visto que se associa à notificação de incidentes e ao aprendizado a partir dos erros (CANSO, 2008).

Os aprendizados sobre cultura de segurança da aviação civil têm servido de base para o setor saúde, que tem se apropriado de importantes lições, com este e outros setores detentores de políticas de segurança bem estruturadas. Embora a realidade da assistência à saúde seja bem mais complexa, uma vez que envolve vidas humanas, os excelentes resultados alcançados pela indústria da aviação civil, nuclear e outras, inspiram a criação de estratégias de segurança do paciente (SINGER; SHOUTZU; FALWELL, 2009).

A OMS define segurança do paciente como a redução a um risco mínimo aceitável de dano desnecessário associado à assistência à saúde. Essa redução se torna possível, quando se adotam políticas de gestão do erro e segurança do paciente. São várias as frentes de trabalho que podem constituir políticas institucionais de prevenção de danos, além da utilização das melhores evidências científicas como base da prática assistencial. Tais como, envolver o paciente em sua assistência, possibilitando que ele também seja defensor de sua própria segurança; fomentar o desenvolvimento de uma cultura organizacional de segurança, pautada em um compromisso mútuo e conjunto entre gestão, profissionais e trabalhadores envolvidos na assistência à saúde, pacientes e familiares, todos unidos e voltados para a promoção da

segurança própria e dos demais (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Os gestores, sejam os da esfera do governo, sejam os dos serviços de saúde precisam priorizar a segurança do paciente, acima das metas financeiras e operacionais, encorajar os profissionais de saúde para identificar, notificar e aprender a partir dos eventos adversos ocorridos, proporcionando os recursos e a estrutura necessária para que a segurança seja prioritária e efetiva (WHO, 2009a). Além disso, a cultura de segurança do paciente precisa estar alicerçada em uma visão justa das situações de erros que provocam danos, diferenciando os trabalhadores cautelosos e competentes que cometem erros sem intenção, daqueles que adotam cotidianamente, um comportamento consciente e injustificado de risco (WATCHER, 2010).

A construção da mudança para a promoção de melhoria na qualidade da assistência, segundo o IOM - relatório *Crossing the quality chasm* em 2001, deve começar com um compromisso firmado entre todos os envolvidos nos sistemas de saúde (formuladores de políticas federais e estaduais, gestores e gerentes de organizações e serviços de saúde, profissionais de saúde, compradores públicos e privados de assistência à saúde, órgãos reguladores, conselhos de administração e consumidores). Nesse acordo, as partes aceitam como sendo seus, os propósitos explícitos de reduzir continuamente a carga de doenças, lesões e deficiências, e de melhorar a saúde da população (IOM, 2001).

Além disso, todos os envolvidos também precisam compartilhar de seis objetivos específicos de melhoria da qualidade da assistência à saúde:

–Segurança: evitar eventos adversos relacionados à assistência à saúde, que tem como objetivo inicial ajudá-los.

–Efetividade: ofertar assistência à saúde baseada no conhecimento científico para todos que possam se beneficiar, abstendo-se de prestá-la a aqueles que provavelmente não se beneficiarão.

–Foco no paciente: ofertar uma assistência à saúde respeitosa e que considera as preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e garantir que os valores do paciente sejam orientadores de todas as decisões clínicas.

–Acesso oportuno: reduzir o tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos, para quem recebe assistência à saúde e quem assiste.

–Eficiência: evitar desperdícios, incluindo o desperdício no uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.

– Equidade: ofertar uma assistência à saúde que não diferencia a qualidade devido a características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica (IOM, 2001).

Fundamental políticas e programas de segurança e qualidade da atenção à saúde nesses seis objetivos trará benefícios a todos, uma vez que os sistemas de saúde se tornarão cada vez mais, melhores em atender as necessidades da população. Os pacientes, por sua vez, experimentarão uma assistência à saúde mais segura, confiável e mais sensível às suas necessidades, mais integrada, disponível e benéfica. Os profissionais de saúde alcançarão maior satisfação, por sentirem-se capazes de desempenhar bem o seu trabalho, promovendo melhoria da saúde, longevidade, menos dor e sofrimento, para aqueles que usufruem do seu trabalho (IOM, 2001).

Considerando a importância da introdução da segurança do paciente nas agendas políticas nacionais, no início de 2002, o Conselho Executivo da OMS, fez importantes recomendações durante a 55ª Assembléia Mundial da Saúde. Nesta oportunidade, foi aprovada a Resolução WHA 55.18, que convocou os países membros a prestar a máxima atenção possível para o problema da segurança do paciente, estabelecer e fortalecer os sistemas necessários para melhorar a segurança com base nas evidências científicas e para a qualidade da assistência à saúde. Dentre as ações recomendadas, destaca-se o monitoramento do uso de medicamentos, equipamentos médicos e tecnologia (WHO, 2002).

Além disso, nesse encontro também foi solicitado ao Diretor-Geral da OMS, o desenvolvimento de normas e padrões globais, a promoção e incentivo na elaboração de políticas baseadas em evidências e o desenvolvimento de mecanismos que reconheçam a excelência na segurança do paciente internacionalmente e de incentivo à investigação sobre o assunto, bem como a oferta de apoio aos Países Membros em diversas áreas-chave (WHO, 2002).

A partir dessa Resolução, muitos países priorizaram iniciativas de estratégias de segurança do paciente em seus próprios sistemas de saúde. Tendo em vista todos os avanços e o alto nível de participação dos Países Membros, em 2004, durante a 57ª Assembleia Mundial de Saúde foi criada a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), que dentre seus objetivos, destacam-se:

– Apoiar os esforços dos Estados-Membros para promover uma cultura de segurança nos sistemas de saúde e desenvolver mecanismos para melhorar a segurança do paciente;

- Posicionar os pacientes no centro do movimento internacional de segurança do paciente;
- Catalisar o compromisso político e ação global em áreas de maior risco para a segurança do paciente por meio dos desafios globais de segurança do paciente;
- Desenvolver normas globais, protocolos e orientações para detectar e aprender com problemas de segurança do paciente, reduzindo os riscos para os futuros usuários dos serviços de saúde;
- Definir soluções de segurança relevantes que estejam amplamente disponíveis para todos os Estados-Membros e que sejam de fácil implementação, de acordo com suas necessidades;
- Desenvolver e divulgar o conhecimento sobre saúde baseada em evidências e melhores práticas na segurança do paciente;
- Criar consenso sobre conceitos e definições comuns de segurança do paciente e eventos adversos;
- Iniciar e promover a investigação nas áreas que terão maior impacto nos problemas de segurança;
- Explorar maneiras em que as novas tecnologias podem ser aproveitadas no interesse de assistência à saúde mais segura;
- Reunir parceiros para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento e mobilização social;
- Direcionar trabalho técnico para refletir as prioridades de segurança do paciente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (BRASIL, 2013b, p. 14; WHO, 2005).

Uma das primeiras ações da Aliança Mundial foi a identificação de seis grandes áreas de atuação prioritárias, que merecem destaque nas políticas de saúde e são: Área 1 - desafio de segurança do paciente global (2005-2006); Área 2 - envolvimento de pacientes e consumidores; Área 3 - desenvolvimento de uma taxonomia de segurança do paciente; Área 4 - investigação no campo da segurança do paciente; Área 5 - soluções para reduzir o risco de assistência à saúde e melhorar sua segurança e Área 6 - relatórios e aprendizagem para melhorar a segurança do paciente (WHO, 2005).

A área de atuação 5 merece destaque por enfatizar o desenvolvimento de “soluções para a segurança do paciente”, com foco em reduzir danos em campos problemáticos da assistência à saúde, e a partir dela foram estabelecidas, seis grandes metas internacionais de segurança, que são: Meta 1 - identificar os pacientes corretamente; Meta 2 - melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais envolvidos na assistência à saúde; Meta 3 - melhorar a segurança de

medicações de alta vigilância; Meta 4 - assegurar que as cirurgias aconteçam no local de intervenção correto, com o procedimento e paciente corretos; Meta 5 - reduzir os riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e Meta 6 - reduzir os riscos de lesões em pacientes, em decorrência de quedas (WHO, 2005).

Como forma de viabilizar o alcance dessas metas, a OMS lançou até o momento três desafios globais. O primeiro *Clean Care is Safer Care* (2005-2006) - Uma assistência à saúde limpa é uma assistência mais segura, que destaca, entre outros eventos adversos, as infecções relacionadas à assistência saúde. O segundo desafio global *Safe Surgery Saves Lives* (2007-2008) - Cirurgias seguras salvam vidas, tem como foco principal reduzir a morbimortalidade decorrente do processo cirúrgico e anestésico. E o terceiro, *Tackling Antimicrobial Resistance* (2010) - Enfrentando a resistência microbiana, voltado para o controle de germes multirresistentes tanto nos serviços de saúde, quanto na comunidade (WHO, 2006).

No Brasil, o tema segurança do paciente, tem cada vez mais ganho espaço na agenda política e administrativa. Em 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013). A proposta do Ministério da Saúde e ANVISA é estruturar o PNSP em eixos, que definem como prioridades: o estímulo a uma prática assistencial segura, por meio da elaboração de protocolos baseados em evidências científicas, de planos de segurança do paciente que atendam às necessidades de cada serviço de saúde, a criação dos núcleos de segurança do paciente, de um sistema de notificação de incidentes e a notificação de eventos adversos no sistema de informações disponibilizado pela ANVISA (BRASIL, 2014b).

Além dessas, também se destacam as ações que envolvem os cidadãos em sua própria segurança, a inclusão do tema segurança do paciente no ensino, abrangendo a educação permanente nos serviços de saúde, e o ensino de graduação e pós-graduação em saúde, assim como o incremento de pesquisas em segurança do paciente, tendo em vista a carência de estudos brasileiros sobre o assunto (BRASIL, 2014b).

No entanto, um estudo de revisão que avaliou estudos primários estratégias de melhorias na segurança do paciente, evidenciou que embora a segurança do paciente tenha se tornado foco de interesse de gestores públicos e de profissionais de saúde, ainda é necessário investir em mudanças nas políticas; em educação em saúde; na força de trabalho; no financiamento da assistência à saúde, organização, e

principalmente, na pesquisa científica voltada para este tema (SHEKELLE et al., 2013).

Segundo Shekelle e colaboradores (2013), é preciso, essencialmente, identificar os riscos, determinar sistemas de mensuração da segurança do paciente de precisão, para identificar estratégias que realmente impactem na redução do dano ao paciente (SHEKELLE et al., 2013).

### 3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE EM OBSTETRÍCIA

Segundo o documento produzido pela OMS em 2008, *Summary of the evidence on patient safety: implications for research* (Síntese de evidência em segurança do paciente: implicações para a pesquisa), melhorar a segurança do paciente na população de mulheres grávidas, puérperas e recém-nascidos é condição *sine qua non* para reduzir a morbidade e mortalidade perinatal. Estima-se que morram 7,6 milhões de crianças durante o período perinatal a cada ano e mais de 500.000 mulheres devido à gravidez ou ao parto, das quais 99% acontecem em países em desenvolvimento (WHO, 2008).

Dados da OMS apontam que todos os anos, dos mais de 130.000.000 de nascimentos que ocorrem em todo o mundo, pelo menos 287.000 resultam em mortes maternas, em 1.000.000 natimortos e em 3.000.000 mortes no período neonatal (WHO, 2013).

Embora os padrões mínimos de assistência à saúde e as melhores práticas para o parto seguro estejam definidas com base em evidências científicas de boa qualidade, ainda não é possível observar a transposição dessas recomendações para a prática obstétrica e neonatal, em muitos países do mundo. Ainda existem lacunas importantes na assistência à saúde ofertada a mulheres e recém-nascidos em serviços de atenção obstétrica em todo o mundo, conformando uma crise na saúde materna e infantil e evidenciando um maior risco de morte e adoecimento nessa população (WHO, 2013).

No Brasil, ainda predomina a hegemonia do modelo biomédico e o “paradoxo perinatal” (DINIZ, 2009). O modelo de atenção ao parto e nascimento é predominantemente hospitalar (98,4%), assistido por médicos (88,7%), com uso maciço de práticas intervencionistas, em sua grande maioria, desnecessárias. Esse modelo produz resultados insatisfatórios (LANSKY et al., 2014).

A despeito de, no Brasil, a assistência ao parto ser fundamentalmente institucionalizada (hospitalar e prestada por

profissionais de saúde habilitados), da facilidade de acesso ao conhecimento, à tecnologia, aos insumos e aos equipamentos biomédicos, do arcabouço normativo sanitário, o país não atingiu a melhoria esperada na qualidade dessa assistência. A assistência obstétrica é traduzida em resultados e indicadores ruins, e em metas estabelecidas ainda não alcançadas (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Na pesquisa Nascido no Brasil, inquérito nacional de base hospitalar, realizada entre 2011 e 2012, foi identificada uma estimativa de Razão de Mortalidade Materna (RMM) no triênio 2008-2011 de 67,5 (valor mínimo: 68 por 100 mil nascidos vivos, em 2011; valor máximo 73,1 por 100 mil nascidos vivos em 2009) (SZWARCOWALD et al., 2014). Esse indicador aponta que, mesmo tendo apresentado uma queda significativa na RMM entre a década de 1990 e 2000, o Brasil ainda está distante de alcançar a redução de 75% da RMM até o presente ano (2015), como fora estabelecido no Objetivo 5 do Milênio pela Organização das Nações Unidas (ODM, 2010).

Para explicar as altas taxas de mortalidade materna brasileira, os autores apontam a precariedade da qualidade dos serviços de saúde, a falta de integração entre a assistência pré-natal e ao parto e o aumento das cesarianas desnecessárias. No entanto, foram excluídos do estudo os casos de abortamento, de complicações no pós-alta hospitalar, os partos ocorridos fora do hospital e em serviços de saúde com menos de 500 partos por ano (SZWARCOWALD et al., 2014).

Na pesquisa Nascido no Brasil também foi estimada a incidência de *near miss* materno, situação em que a mulher chegou a quase morrer, no entanto sobreviveu às complicações decorrentes da gravidez, parto ou puerpério - 42 dias após a gestação. Foram identificados 243 casos de *near miss* maternos entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, com estimativa de 23.747 casos de *near miss* materno em todo o país, que resulta em uma incidência de 10,2 casos por 1.000 nascidos vivos e uma razão de mortalidade do *near miss* materno de 30,8 casos para morte materna (DIAS et al., 2014).

Ainda nesse inquérito hospitalar, foram descritas as boas práticas e as intervenções obstétricas empregadas na assistência a mulheres de risco obstétrico habitual. Os resultados apontam uma predominância significativa de intervenções desnecessárias em relação às boas práticas obstétricas. Entre as mulheres avaliadas, 40% utilizaram ocitocina e foram submetidas à amniotomia, 30% à analgesia raqui/epidural, 92% à posição de litotomia, 37% à manobra de *Kristeller*, 56% à episiotomia e



51,9% à cesariana. Por outro lado, somente 45% das mulheres deambularam durante o trabalho de parto, e foram monitoradas por meio do partograma. Do total de nascimento, 48,1% foram por partos vaginais, no entanto, somente em 5% deles não foi realizada nenhuma intervenção durante o trabalho de parto e parto (LEAL et al., 2014).

As evidências científicas indicam que o uso indiscriminado de tecnologias e intervenções sem indicação pode aumentar consideravelmente o risco de ocorrência de danos (eventos adversos) ao pacientes assistidos nos serviços de atenção obstétrica (LEAL et al., 2014).

Fazendo um paralelo entre o modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante no Brasil, os atributos da qualidade da assistência à saúde, preconizados pelo IOM (2001) e as metas de segurança da OMS (WHO, 2005), observa-se que, quanto à:

–Segurança: embora haja uma preocupação crescente em fomentar iniciativas como a elaboração de manuais técnicos, materiais informacionais, elaboração de programas de melhorias na rede de atenção à maternidade, os indicadores de resultados da assistência obstétrica, que ainda não são padronizados e nem regularmente coletados nacionalmente, demonstram a gravidade dos danos sofridos pelos pacientes assistidos, bem como à baixa qualidade da assistência à saúde ofertada.

–Efetividade: o modelo de atenção obstétrica é fortemente intervencionista, focado na hegemonia médica, sem transposição das evidências científicas para a prática assistencial à saúde.

–Foco no paciente: o modelo de atenção não é promotor de uma assistência à saúde respeitosa, desconsiderando as preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes assistidos, e valorizando as decisões, muitas vezes arbitrárias e não justificadas, dos profissionais que realizam o processo de assistência à saúde.

–Acesso oportuno: os dados apontam que as mulheres são submetidas a uma peregrinação quando buscam os serviços de saúde para serem assistidas durante o trabalho de parto e parto, o que aumentam significativamente o risco de danos graves, como a morte materna e do neonato (LANSKY et al., 2014).

–Eficiência: a utilização elavada e indiscriminada de tecnologias e intervenções desnecessárias promovem o desperdício no uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia, o que vai de encontro ao princípio da efetividade.

–Equidade: no Brasil e em muitos outros países em desenvolvimento, o acesso e a qualidade da assistência varia significativamente, dependendo das características pessoais de quem o recebe. Fatores como gênero, cor da pele, localização geográfica e condição socioeconômica, muitas vezes são determinantes na definição de quem recebe ou não uma assistência digna e segura.

A Atenção Obstétrica e Neonatal tem peculiaridades próprias, que precisam ser consideradas em sua organização, estruturação e oferta. Algumas são intrínsecas ao processo reprodutivo. Dentre essas merecem destaque (BRASIL, 2014b):

–possibilidade de mudanças inesperadas: a despeito do caráter fisiológico da gravidez e do parto, existe a possibilidade de intercorrências, situações emergenciais que podem modificar completamente o curso do ciclo gravídico-puerperal ou do parto.

–assistir a duas ou mais vidas simultaneamente: a assistência à maternidade abrange duas ou mais vidas (mãe e filho ou filhos). Nesse contexto, podem surgir conflitos de interesses.

–duração da assistência: a assistência à gestante, depois puérpera e recém-nascidos, por si só é longa. Abrange todo ciclo gravídico-puerperal, podendo se prolongar para além do puerpério tardio, quando, por exemplo, ocorrem complicações ou eventos adversos que demandam assistência de alta complexidade e reabilitação que podem durar um longo período de tempo.

–prestação de assistência por profissionais diferentes, em diferentes locais: a assistência à mulher gestante começa, geralmente, quando se diagnostica a gestação e se estende até o puerpério tardio, podendo se prolongar ainda mais, dependendo das demandas. Nesse contexto, são diversos os locais e os níveis de assistência aonde acontecem essas práticas de saúde, e uma infinidade de profissionais de saúde envolvidos.

–o significado da experiência humana: todos os aspectos envolvidos no processo da gravidez e do parto, assim como os da assistência ofertada: humanos, culturais, sociais e emocionais são experienciados pela mulher e sua família, e podem deixar marcas negativas ou positivas por toda a vida.

–expectativa de resultados positivos: há por parte das mulheres, suas famílias e, muitas vezes, dos profissionais de saúde, dificuldades em lidar com resultados negativos e adversos, que podem advir da gestação e parto, uma vez que a gestação e o parto culturalmente estão

carregados de expectativas positivas, da vida nova que está se formando e que chegará em breve.

A atenção neonatal, especificamente a semi-intensiva e intensiva, também apresenta peculiaridades, que devem ser consideradas pelos gestores, prestadores de assistência e profissionais de saúde envolvidos na assistência. Aspectos como a prematuridade, imaturidade orgânica, estrutural, do sistema imunológico e a fragilidade presentes em muitos recém-nascidos que se tornam pacientes, somados aos quadros de patologias graves, intervenções invasivas e agressivas, submissão a procedimentos diagnósticos complexos, torna ainda mais necessário o rigor na adoção de práticas de segurança e qualidade da assistência nesta clientela (RAJU, 2011).

A despeito da criticidade das condições que envolve a segurança do paciente na assistência obstétrica, algumas importantes iniciativas de melhoria da qualidade assistencial e da segurança do paciente nesta área, tem sido desenvolvidas por entidades governamentais.

A OMS, na perspectiva do programa mundial de segurança do paciente, deu início em 2008, a elaboração do *Safe Childbirth Checklist Programme*. O objetivo desse programa de melhoria da qualidade da assistência é auxiliar trabalhadores da saúde a reduzir a quantidade de eventos adversos que ocorrem no período perinatal, fazendo uso de um *checklist*, que resume as melhores evidências científicas para redução da morbimortalidade materna e neonatal. Em maio de 2013, a OMS lançou a edição piloto desta ferramenta, que foi elaborada entre os anos de 2008 a 2010, e já se encontrava em teste, em hospitais obstétricos da Índia (WHO, 2013).

O Inquérito nacional conduzido pela *The King's Fund* na Inglaterra demonstra que, a maioria dos nascimentos neste país é seguro (THE KING'S FUND, 2011). No entanto, Simms e colaboradores (2013) referem que os processos judiciais decorrentes da assistência obstétrica corresponde a 49% do custo pago por reclamações feitas contra o NHS.

O NHS é o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, sistema de saúde britânico, criado na Grã-Bretanha em 1948. Na atualidade ainda está ordenado por autoridades estatais de saúde e financiado por meio de tributos, oferta de cobertura e acesso universais, com base na equidade e integralidade (GIOVANELLA, 2006).

O NHS vem desenvolvendo várias estratégias de segurança e melhoria da qualidade na Atenção Obstétrica, uma vez que parte do

pressuposto que uma proporção significativa de danos (eventos adversos) perinatais é potencialmente evitável (CMACE, 2011).

A redução de eventos adversos maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica é uma prioridade para pacientes, familiares e para o NHS. Para alcançar essa meta, o sistema de saúde britânico investe na gestão de risco, que compreende a coleta de dados de indicadores de segurança e qualidade pelos serviços de saúde, como uma forma de fundamentar ações de melhoria da qualidade assistência obstétrica e reduzir danos aos pacientes (SIMMS et al., 2013).

Desde a Reforma da Reforma do NHS em 1997, implantada a partir de 1999 pelo Partido Trabalhista, que venceu as eleições nacionais de 1996 na Inglaterra, vem sendo adotada a substituição da competição entre compradores e provedores de assistência à saúde, pelo monitoramento do desempenho (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Para operacionalizar esse monitoramento do desempenho dos serviços de saúde ofertados pelos provedores nos diferentes níveis de complexidade, foram implantados *National Service Frameworks* (Padrões Nacionais de Serviços). Com a implantação dos *frameworks*, o NHS almejava reverter uma das principais reclamações dos usuários do sistema, a variação dos padrões dos serviços ofertados por prestadores diferentes, e mais ainda melhorar a qualidade da assistência à saúde (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Nesse contexto, o NHS criou o *National Institute for Clinical Excellence*, para elaborar e divulgar protocolos clínicos, com vistas a fomentar por parte dos provedores padrões de excelência de desempenho e qualidade pelos distintos (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Em 2010, o Departamento de Saúde da Inglaterra lançou o programa *Quality, Innovation, Productivity and Prevention* (QIPP) composto de 12 domínios, conhecido por desenvolver fluxos de trabalho nacionais, que modificou a política governamental, passando a ser focada na melhoria de resultados. O fluxo de trabalho de segurança do QIPP focou em quatro danos (eventos adversos) mais frequentes (resultados de segurança): úlceras de pressão, quedas, infecção do trato urinário em pacientes com sondas e tromboembolismo venoso, dois dos quais (úlceras de pressão e tromboembolismo) foram destacados como áreas de melhoria no Domínio 5 (Segurança) do *NHS Outcomes Frameworks* (POWER et al., 2014).

Dessa forma, foi planejado um programa de melhoria colaborativa, o *Safety Express*, para reduzir os quatro danos (POWER et al., 2014). O *Safety Express* é um programa nacional da Inglaterra, que

se baseia nos princípios da melhoria da experiência do paciente com a assistência à saúde. Por meio dele, os serviços de saúde são incentivados a minimizar os quatro dos principais danos (eventos adversos) relacionados à assistência à saúde (úlceras por pressão, quedas, infecção do trato urinário em pacientes com cateteres e tromboembolismo venoso) (MORRIS-THOMPSON et al., 2012).

No entanto, embora o *Safety Express* seja um programa nacional, cada Autoridade Sanitária Estratégica (*Strategic Health Authority*) tem a responsabilidade de estabelecer seu próprio programa local. Em Londres, o *Safety Express* foi criado como um fluxo de trabalho dentro do programa *QIPP*. Nesse contexto, o *Safety Express* foi pensado para melhorar os resultados de saúde e a qualidade da assistência à saúde, assim como reduzir os custos associados aos quatro danos (eventos adversos), já citados (MORRIS-THOMPSON et al., 2012).

Os resultados do *NHS Outcomes Frameworks 2011/12* do Departamento Nacional de Saúde evidenciaram que a segurança do paciente era um parâmetro importante para avaliar a qualidade da assistência à saúde, e para proporcionar melhores resultados em saúde. Para melhorar a segurança do paciente, no entanto, seria necessário ir além da redução do número de eventos adversos, abrangendo a ideia de que a segurança é uma dimensão que pode e deve ser continuamente aperfeiçoada, por meio de uma cultura de apoio à melhoria (MORRIS-THOMPSON et al., 2012).

Em sua operacionalização, o *Safety Express* estabeleceu a criação de um sistema prático, objetivo e de baixo custo, para obter dados mensais sobre os quatro danos em todos os níveis de complexidade da assistência à saúde, possibilitando a produção de indicadores de segurança que podem ser usados localmente para a melhoria, e nacionalmente, para determinar a carga de danos. Assim, entre julho de 2010 e dezembro 2011, foi projetado, desenvolvido e implementado o *Safety Thermometer* do NHS (POWER et al., 2014).

Essa ferramenta, não tem a proposta de viabilizar uma medida abrangente de danos (eventos adversos), mas fornecer uma “checagem da temperatura”, a ser usada em conjunto com sistemas de medição locais, por isso o termo “termômetro” (POWER et al., 2014). Assim como o aumento da temperatura corporal sinaliza a necessidade de maiores investigações do *status* fisiológico do paciente, os dados coletados pelo *Safety Thermometer* possibilitam identificar o foco a ser explorado pelos grupos especialistas, que são relevantes para a educação

e a melhoria da segurança (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012).

O *Safety Thermometer* foi projetado para permitir a estimativa da prevalência instantânea dos danos considerando os seguintes princípios (POWER et al., 2014):

- Validade clínica: inclui definições claras dos quatro danos medidos;

- Eficiência: a coleta de dados não deve demorar mais do que 10 minutos por paciente;

- Equidade: a coleta de dados deve ser possível em qualquer ambiente de cuidado;

- Oportunidade: oferece resultados em tempo real que podem ser utilizados nas atividades de melhoria das equipes;

- Foco no paciente: é capaz de medir a ausência dos quatro danos em um paciente, assim como a ocorrência de um dano específico;

- Foco no dano: independente de sua evitabilidade ou outra característica;

- Fácil de agregar: mostra resultados na enfermaria, organização, região ou nível nacional.

Com base na experiência acumulada durante a criação da versão clássica do *Safety Thermometer*, foi criada a versão *Maternity Safety Thermometer*, com objetivo semelhante às demais versões, ou seja, possibilitar a estimativa de indicadores de segurança e qualidade relacionados à assistência obstétrica. Os indicadores sugeridos pelo NHS são a prevalência de danos maternos e neonatais e o indicador composto *Harmfreecare* “assistência livre de danos”. O *Maternity Safety Thermometer* foi desenvolvido por um painel de especialistas, liderado pela equipe nacional do NHS (NHS, 2014).

Nesse painel de especialistas estiveram envolvidos representantes, parceiros do NHS, tais como os *Royal Colleges*, sociedades e associações de profissionais de saúde, pesquisadores, acadêmicos e grupos representantes das mulheres. A primeira versão do *Maternity Safety Thermometer* foi lançada em setembro de 2012, ocasião em que o NHS incentivou seu uso “piloto” pelos mais diversos serviços obstétricos e o envio dos dados obtidos (NHS, 2014).

A versão final do *Maternity Safety Thermometer* publicada em outubro de 2014, visa a obtenção de dados sobre sete danos maternos e neonatais, quais sejam: infecções maternas, traumas perineais e incisões cirúrgicas, hemorragias pós-parto, danos psicológicos maternos, separação entre a mãe e o bebê, Escore de Apgar abaixo de 7 no 5º

minuto de vida, e necessidade de transferência do bebê para unidades neonatais (NHS, 2014).

### 3.3 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL (ATC)

O aumento de estudos multinacionais e multiculturais fomentou a necessidade de adaptar os instrumentos de pesquisa para aplicação em língua diferente da versão original. A maioria dos questionários e escalas é desenvolvida em países de língua inglesa, mas mesmo nesses países, os pesquisadores devem considerar as populações imigrantes em suas pesquisas, especialmente quando a exclusão dessas pessoas possibilitar um viés sistemático (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Além disso, pesquisadores realizam adaptação transcultural de instrumentos devido a necessidade de comparar os resultados de seus estudos com os encontrados em outros países, e, especialmente, de economizar recursos, tempo e dinheiro que seriam gastos na elaboração de novos instrumentos (FERREIRA et al., 2014).

Esse contexto tem fomentado um aumento considerável no número de estudos de ATC. Segundo Van de Vijver (2009) entre os anos 1970 e o fim dos anos 1990 estima-se que a quantidade de estudos de ATC aumentou aproximadamente 350%.

A ATC, segundo Beaton e colaboradores (2007), engloba o processo de tradução e adaptação cultural de um instrumento, de modo a prepará-lo para ser utilizado em uma população com diferenças culturais, de localização geográfica e de linguística.

Para utilizar um instrumento em culturas diferentes, é necessário que seja alcançada equivalência entre as versões original e a adaptada. Segundo o *European Group on Health Outcomes* (ERGHO) é necessário alcançar as equivalências conceitual e linguística e realizar avaliação das propriedades psicométricas, quando viável, para considerar a nova versão com equivalência cultural (HUTCHINSON; BENTZEN; KÖNIG-ZAHN, 1997).

O processo de ATC possui dois componentes essenciais, que podem ser realizados de forma combinada ou não: a tradução literal de palavras individuais e de sentenças, de uma língua para outra e a adaptação, no que diz respeito ao idioma, cultura, contexto e estilo de vida da população alvo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Está indicada somente a adaptação transcultural, sem o uso da tradução quando o instrumento de pesquisa for utilizado em uma população alvo de cultura diferente da versão original do instrumento, a despeito destas populações (original e alvo) estarem no mesmo país e falarem a mesma língua. O mesmo se aplica se uma população que fala a mesma língua daquela para a qual o instrumento original fora criado, mas está inserida em uma cultura diferente e é de país diferente (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A combinação da tradução e ATC está indicada quando, o instrumento de pesquisa for utilizado em uma população de cultura e língua diferentes daquela para qual o instrumento original fora criado, mesmo que ambas (original e alvo) habitem em um mesmo país. O mesmo se aplica quando a população alvo for de cultura, língua e país diferentes da população da versão original do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

As abordagens teóricas, que servem de base para definir as etapas ou estágios do processo de ATC, disponíveis em literaturas publicadas sobre o tema, são diversificadas. No entanto, ainda não há um consenso sobre as estratégias de execução (REINCHENHEIN; MORAES, 2007).

Reichenheim e Moraes (2007), discorrendo sobre a evolução do processo de ATC, aponta que há algum tempo basicamente era feita a tradução do instrumento original, que havia sido elaborado em cultura e/ou idioma diferente do contexto onde se pretendia utilizá-lo. Assim, o processo de ATC compreendia a tradução inicial e a retrotradução do instrumento, antes de ser aplicado na população alvo. No entanto, mais recentemente, estudiosos dessa modalidade metodológica tem discutido a importância de incluir, pelo menos, uma etapa de equivalência semântica na ATC de instrumentos a serem utilizados em pesquisas.

Realizar ATC de um instrumento de pesquisa requer o mesmo rigor metodológico, usado durante a elaboração de um novo instrumento, uma vez que o produto final deste processo deve ser um instrumento adaptado confiável e válido. Além da utilização no novo contexto, o instrumento adaptado pode contribuir para a realização de estudos transculturais robustos, permitindo a comparação entre diferentes contextos, e a produção de um corpo de conhecimentos mais denso e mais significativo (GIUSTI; BEFI-LOPES, 2008).

Portanto, conhecer e evitar práticas que possam gerar obstáculos para o pleno e adequado uso de instrumentos de pesquisa em realidades diferentes da qual foi criado, é condição *sine qua non* para produzir resultados válidos. Traduzir de maneira informal, ou fazer modificações



no conteúdo e quantidade de itens, sem adotar o rigor necessário nos testes e sem ajustar a escolha de terminologias à população alvo em que o instrumento será utilizado são práticas prejudiciais, uma vez que comprometerão a qualidade das informações coletadas, e podem impedir a comparação entre estudos da mesma temática, realizados em contextos culturais diferentes (REINCHENHEIN; MORAES, 2007).

Herdman, Fox-Rushby e Badia (1997) realizaram uma revisão sobre definições dos vários tipos de equivalência descritos na literatura de instrumentos de aferição de qualidade de vida, na qual destacaram as áreas de confusão ou conflito, explicando-as à luz da psicologia transcultural. Nos seus achados, os autores evidenciaram a existência de confusão nas discussões de equivalência entre versões em línguas diferentes de instrumentos de aferição de qualidade de vida. Segundo os autores, até aquele momento, existiam referências de 19 tipos diferentes de equivalência, e considerável variação na forma como foram definidos alguns desses tipos.

Os autores desse estudo de revisão identificaram três diferentes abordagens empregadas nos processos de ATC, a absolutista, a universalista e a relativista. A absolutista parte do pressuposto de que a cultura possui um impacto mínimo sobre o construto a ser medido e que, portanto, instrumentos elaborados, são em sua maioria, invariantes entre as culturas. As implicações dessa abordagem, em termos metodológicos, são que instrumentos padrão podem ser aplicados para mensurar o mesmo construto ou domínio, em diferentes culturas, reduzindo o processo de ATC na tradução e retrotradução do instrumento, impondo a cultura da versão original do instrumento sobre as demais (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997).

A abordagem universalista, no entanto, é mais aberta para a concepção que presume que a cultura tem impacto significativo na forma como os conceitos são expressos entre culturas diferentes. Portanto, essa orientação propõe que seja investigada a existência de conceitos ou de interpretações semelhantes na cultura alvo, onde o instrumento será utilizado, para que seja definida a equivalência transcultural (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997).

E por último, a abordagem relativista, que assume a impossibilidade do uso de instrumentos em culturas distintas, sugerindo que apenas aqueles instrumentos criados na cultura onde será usado, sejam válidos para esta finalidade. Dessa forma, esta corrente se mostra contrária à noção de equivalência, restando então a opção de elaboração

de instrumentos novos para novos contextos (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA,1997).

Em outra publicação, Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) se posicionam como defensores da abordagem universalista, e estabelecem seis diferentes tipos de equivalências necessárias ao processo de ATC: a conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e funcional.

A OMS propôs um protocolo para estudos de ATC de instrumentos de pesquisa. Neste documento, a OMS estrutura o processo nos seguintes passos: tradução, painel de especialistas, retrotradução, pré-teste e entrevista cognitiva e produção da versão final (WHO, 2009b). Em linhas gerais, as etapas propostas são muito semelhantes aquelas recomendadas por Beaton e colaboradores (BEATON et al., 2000), e almejam alcançar os tipos de equivalência semelhantes.

Dorcas E. Beaton é terapeuta ocupacional, Professora Associada de Ciências Ocupacionais e Terapia Ocupacional da Universidade de Toronto, Membro Titular da Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação e da Pós-Graduação em Gestão de Política de Saúde e Avaliação, desta mesma Universidade. Também é Diretora e pesquisadora da Unidade do Programa de Mobilidade de Pesquisa Clínica do *St. Michael's Hospital*, pesquisadora do *Li Ka Shing Knowledge Institute of St. Michael's Hospital*, e pesquisadora, que trabalha na linha de pesquisa de Mensuração (*Measurement*) do Institute for Work & Health (UNIVERSITY OF TORONTO, 2015).

Em 1993, Beaton, juntamente com as suas colegas Francis Guillemain e Claire Bombardier, publicaram o artigo denominado: *Cross-cultural adaptation of health-related Quality of life measures: literature review and proposed guidelines*. Como pesquisadoras sobre Qualidade de Vida, e, portanto, usuárias frequentes de instrumentos de pesquisa, e participantes de estudos multicêntricos e multinacionais, sentiram a necessidade de tentar padronizar, por meio de uma revisão da literatura, diretrizes para a ATC de instrumentos de medidas em estudos de qualidade de vida relacionada à saúde (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A partir da publicação de 1993, Beaton, unida a essas colegas e outras, passaram a produzir e publicar artigos que abordam os *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures*. Essas publicações têm sido referência para vários estudos de adaptação transcultural no mundo inteiro, e também aqui no Brasil (BEATON et al., 1998; BEATON et al., 2000; BEATON et al., 2002; BEATON et al., 2007).

A clareza dessas diretrizes, produzidas por meio de revisões em bases de dados internacionais, somada ao detalhamento das recomendações dadas por Beaton e colaboradores fornecem aos pesquisadores embasamento metodológico sólido para desenvolver o processo de ATC de instrumentos. Nesse contexto, observa-se que Beaton e colaboradores (2000), também convergem para a abordagem universalista, tendo em vista que preconizam como etapas do processo de ATC, a realização de traduções independentes, seguida da elaboração de uma versão síntese, da retrotradução e do estabelecimento de quatro equivalências, que são a semântica, idiomática, cultural (experencial) e conceitual (BEATON et al., 2000).

A equivalência semântica relaciona-se a avaliação da manutenção do significado original das palavras usadas durante a tradução no novo idioma. A equivalência idiomática abrange a verificação do significado cultural dos itens/questões/opções de resposta do instrumento após a tradução, especialmente dos que foram de difícil tradução. A equivalência cultural ou experencial compreende a avaliação da aplicação dos itens/questões/opções de resposta do instrumento após a tradução na nova cultura, caso seja verificada a não equivalência cultural é preciso substituir o item/questão por outro que seja equivalente. E a equivalência conceitual envolve avaliar se as palavras, expressões ou termos usados na tradução, avaliam aspectos semelhantes em culturas diferentes (FERREIRA; MARQUES, 1998).



## 4 MÉTODO

Para facilitar a compreensão, o método será apresentado em três partes. Na primeira, serão descritas as etapas da revisão integrativa acerca dos estudos de ATC conduzidos pela enfermagem brasileira, na segunda, os estágios do estudo metodológico de ATC do instrumento *Maternity Safety Thermometer*, e na terceira, o método do estudo descritivo, com abordagem quantitativa que diz respeito à primeira aplicação do mesmo instrumento, após a conclusão da adaptação transcultural para o português do Brasil.

### 4.1 REVISÃO INTEGRATIVA

Trata-se de uma revisão integrativa, ou seja, de uma pesquisa científica secundária, que tem como objetivos principais auxiliar na construção de um corpo de conhecimento de uma disciplina e contribuir para a elaboração de síntese e análise de resultados de estudos independentes (GANON, 1987).

No desenvolvimento deste estudo, foram adotadas as diretrizes para elaboração de revisão integrativa propostas por Ganon (1987), que propõe um processo de seis etapas: seleção do tema e definição da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum; análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos; discussão e interpretação dos resultados; apresentação de forma clara da evidência encontrada.

#### **Etapas da revisão integrativa**

Na **primeira etapa**, foi definido o tema “adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa pela enfermagem brasileira” e, em seguida foi formulada a seguinte pergunta de pesquisa: quais abordagens teóricas e propostas processuais, descritas na produção científica, são adotadas no processo de Adaptação Transcultural de instrumentos de pesquisa, para língua portuguesa, nas publicações científicas conduzidas pela enfermagem brasileira?

Na **segunda etapa**, foi determinada a inclusão de artigos de pesquisas científicas conduzidas no Brasil por profissionais da

enfermagem, que descrevem o processo de adaptação transcultural de instrumento a serem aplicados em pesquisa ou prática clínica hospitalar, publicados no período de 2005 a 2014, em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês ou espanhol. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed-Medline, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS, Web of science, Literatura da América Latina e Caribe (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Coleção SciELO.

Para localizar os artigos nas bases de dados foram utilizadas as seguintes sintaxes de busca, em uma combinação do uso de descritores, palavras-chave e seus variantes: **Pubmed/Medline** “cross cultural “[All Fields] AND (“nursing”[Subheading] OR “nursing”[All Fields] OR “nursing”[MeSH Terms] OR “nursing”[All Fields] OR “nurses”[MeSH Terms] OR “nurses”[All Fields] OR “nurse”[All Fields]) AND (“brazil”[MeSH Terms] OR “brazil”[All Fields]) OR brazilian[All Fields] OR brazilians[All Fields] OR brasil[All Fields]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])”; **CINAHL** “cross cultural AND (nursing OR nurse OR nurses) AND (Brazil OR Brazilian OR Brazilians)”; **SCOPUS** “( TITLE-ABS-KEY ( “cross cultural” ) AND TITLE-ABS-KEY (nursing OR nurse OR nurses ) AND TITLE-ABS-KEY ( brazil OR brazilian OR brazilians ) )”; **Web of Science** “(cross cultural) AND Tópico: (nursing OR nurse\*) AND Tópico: (Bra?il OR bra?ilian) TS=(“cross cultural”) AND TS=(nursing OR nurse\*) AND TS=(Bra?il OR bra?ilian\*); **LILACS** e **BDENF**, (“Adaptação transcultural” OR “adaptação cultural”) AND (enfermagem OR enfermeir\*) AND (instance:“regional”) AND (db:("LILACS" OR "BDENF"))”; **SCIELO** “Adaptação transcultural” OR “adaptação cultural” OR “cross cultural” OR “adaptación transcultural” AND enfermagem OR enfermeir\$ OR nursing OR nurse\$ OR enfermeria OR enfermer\$”; Portal Periódico CAPES ““cross cultural” AND (nursing OR nurse OR nurses) AND (Brazil OR Brazilian OR Brazilians)”.

Mediante as buscas, foram localizadas um total de 29 publicações na **Pubmed/Medline**, 12 na **CINAHL**, 37 na **SCOPUS**, 23 na **Web of Science**, 41 na **Lilacs**, na **BDENF** e 92 na **SciELO**, totalizando 257 publicações. Após a eliminação das publicações que estavam indexadas em mais de uma base de dados restaram 200. Ao serem submetidas aos critérios de inclusão descritos anteriormente, 25 artigos foram selecionados.

Após a seleção dos artigos, na **terceira etapa** da revisão, procedeu-se a coleta das informações, consideradas relevantes, segundo a questão de pesquisa e objetivo desta revisão. Essas informações foram extraídas dos textos dos artigos selecionados e organizadas fichas bibliográficas digitais e em quadro, contendo o título do artigo, autores, ano de publicação, periódico em que foi publicado, base de dados em que se encontrava indexado, etapas do processo de adaptação transcultural descritas e abordagem metodológica adotada pelos autores do artigo, nome do instrumento que foi adaptado transculturalmente e especialidade clínica em que se deu o estudo.

Feita a coleta das informações, procedeu-se a **quarta etapa** da revisão, que consistiu na avaliação dos estudos, mediante uma análise criteriosa e crítica das fichas, do quadro, e quando necessário, a releitura e revisão do artigo na íntegra, a fim de comparar a metodologia descrita pelos autores dos artigos, com aquela recomendada pelos autores adotados como referência durante a realização dos estudos selecionados. Nesta etapa, foram analisados principalmente, o rigor metodológico no cumprimento de cada estágio da adaptação transcultural e a descrição minuciosa daquelas informações que são essenciais para o leitor julgar a qualidade metodológica do estudo. Com isso, foi possível organizar duas categorias principais da análise: pontos fortes da metodologia e fragilidades metodológicas.

A **quinta etapa** desta revisão consistiu em apresentar as abordagens teóricas em que estão ancoradas os estudos selecionados, os estágios ou etapas que esses estudos têm realizado para dar conta do processo de adaptação transcultural e os instrumentos que têm sido submetidos a adaptação transcultural pela enfermagem brasileira, juntamente com uma discussão acerca daquelas que têm sido as fragilidades mais frequentes e os pontos fortes presentes nestes estudos.

Na última etapa da revisão integrativa, foi elaborado o resumo das informações metodológicas mais relevantes disponíveis, com a produção dos resultados, que serão apresentadas no Capítulo dos Resultados e discussão.

## 4.2 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *MATERNITY SAFETY THERMOMETER*

### 4.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa, de ATC do instrumento *Maternity Safety Thermometer* (ANEXO A) para o português do Brasil, elaborado pelo *National Health Service* da Inglaterra.

Segundo Polit e Beck (2011), a pesquisa metodológica abrange estudos dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Ela trata, portanto, do “desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa” (POLIT; BECK, 2011, p. 330). Para realizar estudos com alto rigor, critério e utilidade, faz-se necessário a geração de instrumentos e métodos de pesquisa adequados, que são desenvolvidos por meio de estudos desta área da ciência (estudos metodológicos) (POLIT; BECK, 2011).

No passado e para alguns pesquisadores, ainda hoje, para fazer uso de instrumentos estrangeiros, elaborados em outra cultura e/ou idioma, bastava, basicamente, submetê-lo à tradução simples da versão original ou à comparação literal desta com uma *backtranslation* (REICHENHEIM; MORAES, 2007). No entanto, um processo confiável de ATC deve combinar a tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro, com um processo meticuloso de sintonização, que contemple o contexto cultural e estilo de vida da população-alvo da versão adaptada (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A ATC de instrumentos de pesquisa diz respeito à aplicação de um conjunto de técnicas de tradução, retrotradução, comitê de revisão composto por profissionais *experts*, pré-testes da versão adaptada e reavaliação de medidas e índices (estudo psicométrico), quando aplicável. O objetivo de estudos desta natureza é alcançar equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, preparando instrumentos para serem utilizados em uma população com diferenças culturais, de localização geográfica e de linguística daquelas a que se destinava a versão original (BEATON et al., 2002).



#### 4.2.2 O instrumento Maternity Safety Thermometer

O *Safety Thermometer* é uma ferramenta criada pelo NHS da Inglaterra que objetiva fornecer a prevalência instantânea dos danos (POWER et al., 2014) e identificar os pacientes que percorrem o sistema de saúde livre de danos (eventos adversos) (*Harmfreecare*) ou sofreram um ou mais danos (BUCKLEY et al., 2014).

O NHS ST foi desenvolvido por organizações e indivíduos que participam no The *Quality, Innovation, Productivity and Prevention* (QIPP) - Programa de Qualidade, Inovação, Produtividade e Prevenção, que é um programa de transformação em larga escala pelo NHS, envolvendo toda a equipe do NHS, médicos, pacientes e voluntariado (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012).

O teste do instrumento na Inglaterra começou em setembro de 2010, na sequência de um processo de desenvolvimento das definições operacionais conduzidas pelo escritório da enfermeira-chefe do Departamento de Saúde. Durante o processo de desenvolvimento (2010-2011) um total de 161 organizações já utilizava a versão piloto do instrumento (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012).

O instrumento de pesquisa e método foram modificados ao longo de 2011 com base no *feedback* interativo. Detalhes de definições operacionais, amostragem, incluindo inclusões e exclusões, especificação técnica, orientações sobre coleta e interpretação estão disponíveis no Departamento de Saúde Inglês. O *feedback* final das instituições indicou que o instrumento é intuitivo, acessível e capaz de ser aplicado por profissionais da assistência à saúde, em menos de 10 minutos por paciente, com o treinamento adicional mínimo (POWER, STEWART, BROTHERTON, 2012).

Essa ferramenta não é um instrumento de medição direta em saúde, trata-se de um instrumento de identificação de dados, com os quais, é possível, conforme orientações dadas pelo NHS, calcular indicadores, que fornecem aos serviços de saúde taxas e proporções de eventos adversos relacionados à assistência à maternidade. Esse instrumento não é uma escala, que dispõe itens aos quais são atribuídos valores (escores) e ao final se chega a um resultado final (escore final total); também não existem itens ou perguntas com respostas certas ou erradas, ou que devam ser aceitas ou rejeitadas (PASQUALI, 2009).

O *Maternity Safety Thermometer* derivou do *Safety Thermometer* original, e é voltado para área obstétrica e neonatal. Ele foi criado a partir de 2012, e finalizado em outubro de 2014. O *Maternity Safety*

*Thermometer* está organizado em seis (6) tópicos: I) *Place and mode of birth*, composto de 10 questões; II) *Perineal trauma/Abdominal wound*, composto de uma questão; III) *Post partum haemorrhage*, composto de duas questões; IV) *Infection*, composto de uma questão; V) *Baby*, composto de duas questões; e VI) *Women's perception of safety – to be asked of the woman*, composto de quatro questões, uma nota de orientação para o coletador dos dados, e por último há um espaço disponível para anotações denominado *OPTIONAL LOCAL MEASURE/NOTES*.

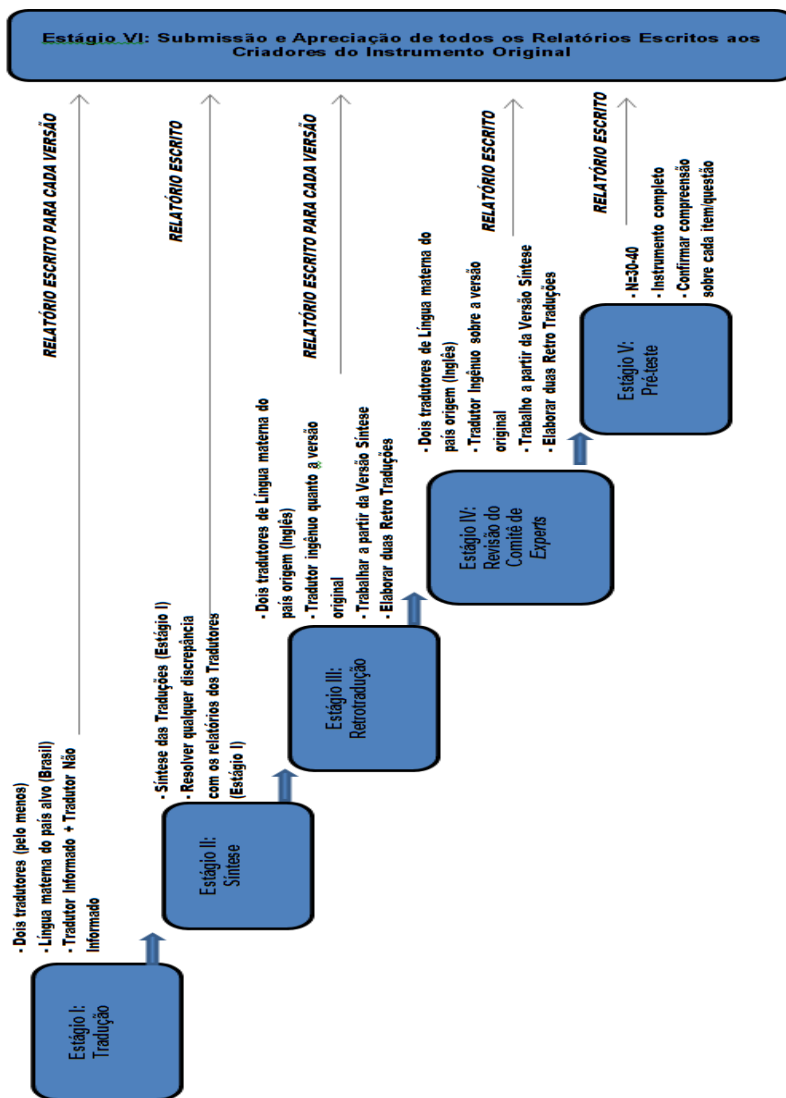
Devido a essa característica, não se faz necessário utilizar a instrumentação psicométrica que é um dos componentes maiores de medida, pois o *Maternity Safety Thermometer* não propõe a mensuração de comportamentos que expressam um traço latente (aptidões humanas, habilidades etc) (PASQUALI, 2009). Por meio deste instrumento, é possível coletar dados sobre a assistência recebida por puérperas e recém-nascido, e de posse desses dados, calcular indicadores com fórmulas propostas pelo NHS, que se baseiam em estatística descritiva como, taxas e proporções (ANEXO B).

Segundo o guia do instrumento (ANEXO C), os provedores de saúde são convidados a usar as definições operacionais na ferramenta, para reunir informações de registros clínicos, para examinar e fazer perguntas simples aos pacientes como parte de suas atividades de rotina. Quando o paciente é incapaz de responder às perguntas contidas no *Maternity Safety Thermometer* direcionadas a ele, de forma confiável, o cuidador primário é solicitado a fornecer tais informações. Os provedores são convidados a fazer isso para todos os pacientes que recebem assistência financiada pelo NHS, em um dia por mês, o que proporciona uma estimativa pontual. A coleta inclui pacientes de hospitais, casas de cuidados, serviços comunitários (atenção primária) e domiciliares. A amostra inclui pacientes que receberam assistência financiada pelo NHS no dia do inquérito (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012).

### 4.2.3 Estágios do processo de adaptação transcultural

Para realizar a ATC do *Maternity Safety Thermometer*, utilizou-se como referência a proposta recomendada por Beaton e colaboradores (2000). Para essas autoras, o processo de ATC de instrumentos estrangeiros, deve ser realizado em seis estágios simultâneos, conforme a Figura 1 (BEATON et al., 2000).

**Figura 1** - Fluxograma dos estágios de adaptação transcultural construído com base em Beaton e colaboradores (2000).



Para facilitar a compreensão, a seguir, serão apresentadas as duas etapas, nas quais estão incluídos os estágios do processo do estudo de ATC. A Etapa I compreende os estágios que antecederam a pesquisa de campo (pré-teste do instrumento), ou seja, inclui a tradução inicial, a síntese das traduções, a retrotradução e a análise pelo comitê de *experts*. A Etapa II compreende o pré-teste da versão pré-final do instrumento.

### **Etapa I - Estágios iniciais da adaptação transcultural**

Conforme é possível observar na Figura 1, no estágio I, são realizadas as traduções de forma independente, por pelo menos dois tradutores, bilíngues, que tenham como língua materna, a do país em que o instrumento será utilizado. Um dos tradutores deve ter conhecimento sobre o instrumento e *background* da área temática do mesmo. O outro não deve ter nem conhecimento e nem *background*. Este estágio deve fornecer duas ou mais traduções como resultado, e para cada uma delas, um relatório escrito, contendo a lógica usada para a tradução, bem como as dificuldades encontradas na tradução de palavras, termos ou frases (BEATON et al., 2000).

No presente estudo, foram realizadas três traduções independentes, por tradutores bilíngues, com nacionalidade brasileira e pleno domínio da língua inglesa. Uma tradutora é professora de língua inglesa e sem *background* acerca da especialidade temática do instrumento, e as outras duas são profissionais de saúde, uma médica infectologista, doutora em Controle de Infecção Hospitalar, com experiência prática, de ensino e pesquisa na área de segurança do paciente, e a outra enfermeira obstétrica, doutora em Enfermagem em Saúde Pública, também com experiência clínica, de ensino e de pesquisa na área de Obstetrícia.

O estágio II consiste na síntese das traduções. Para esta fase, são utilizadas as traduções resultantes do estágio I, os relatórios escritos e o instrumento na versão original. Devem ser elencados para este trabalho, além dos tradutores do estágio I, mais um outro tradutor, com o objetivo de resolver possíveis discrepâncias das traduções anteriores. A partir disso, é elaborado um relatório escrito meticuloso, descrevendo todo o processo de síntese, bem como resolveram as discordâncias (BEATON et al., 2000).

Neste estudo a síntese das traduções foi conduzida pelas pesquisadoras responsáveis, que são uma doutora em Tocoginecologia, com experiência clínica e de pesquisa nesta área, e a outra, doutoranda

em enfermagem, com experiência prática e de ensino, na área de segurança do paciente, que se reuniram e de posse do material descrito resolveram as discrepâncias das traduções. Foi elaborado, junto com a síntese um relatório escrito meticuloso, descrevendo todo o processo de síntese, bem como foram resolvidas as discordâncias.

O estágio III consiste na *backtranslation* (retrotradução) da síntese do instrumento traduzido. Deve ser realizada por dois tradutores, de forma independente e sem conhecimento sobre o instrumento original ou *background* da área temática do mesmo. O objetivo é checar se as versões traduzidas mantiveram o mesmo conteúdo da versão original. Devem ser então, produzidas duas retrotraduções (BEATON et al., 2000).

No presente estudo foram produzidas duas retrotraduções independentes, por tradutoras bilíngues, uma com nacionalidade britânica, com 13 anos de residência no Brasil, graduada em Língua Portuguesa com enfoque em tradução e interpretação, portanto, detentora de domínio do português brasileiro, e outra com nacionalidade americana também residente no Brasil, com pleno domínio da língua portuguesa, doutora em enfermagem, docente aposentada de uma universidade pública federal.

No estágio IV, é constituído um Comitê de *experts*, com vistas a alcançar a equivalência transcultural do instrumento e a validação de conteúdo do instrumento. Este Comitê deve ser composto, no mínimo, de profissionais de saúde, profissionais de línguas e os tradutores que participaram dos estágios anteriores. Nesta etapa, também deve ser mantido contato próximo com os criadores do instrumento (BEATON et al., 2000). É função deste Comitê, consolidar todas as versões do instrumento e elaborar a versão pré-final do instrumento, a ser testada. Devem ser fornecidas todas as versões do instrumento (original, traduções e retrotraduções), bem como todos os relatórios escritos. Todas as decisões tomadas por este Comitê devem estar descritas em um minucioso relatório escrito. É necessário que a versão pré-final, alcance equivalência semântica (equivalência do significado gramatical e de vocabulário das palavras), idiomática (uso de expressões equivalentes nos dois idiomas, inglês e português), cultural (coerência com as experiências vivenciadas pela população a que se destina o instrumento) e conceitual (equivalência dos itens com os domínios a que se pretende avaliar) (BEATON et al., 2000).

No presente estudo, *experts* nas áreas de Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria, Saúde Materno-infantil e Segurança do

paciente, foram convidados via e-mail para serem membros do Comitê de *experts*. Os que aceitaram participar receberam um documento instrutivo contendo o objetivo do estudo, um resumo dos estágios realizados até aquele momento, as versões do instrumento (APÊNDICE A), junto com a ficha de análise com a pontuação (Escala de *Likert*), orientações e procedimentos a serem adotados durante a análise das equivalências e espaço para justificativas e sugestões (APÊNDICE B).

O comitê de *experts* foi composto por 11 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e fisioterapeuta), dentre os quais estavam presentes duas tradutoras que participaram dos estágios anteriores. Embora o quantitativo de profissionais do comitê de *experts* seja um assunto controverso, o presente estudo seguiu as recomendações mais utilizadas (LYNN, 1986; HAYNES, RICHARD, KUBANY, 1995).

Foram incluídos *experts* das Regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil, especialistas nas áreas de obstetrícia, neonatologia e pediatria, epidemiologia, saúde coletiva, gestão da qualidade em serviços de saúde, segurança do paciente e controle de infecção hospitalar. Todos os membros possuíam domínio da língua inglesa e sete deles residiram em países de língua inglesa por um período de cinco meses a três anos. Os 11 membros também possuíam experiência em pesquisa científica, ou seja, com domínio da metodologia científica.

Os *experts* fizeram análises individualizadas e encaminharam seus relatórios via e-mail para análise e compilação pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo, procedimentos correspondentes a validação de conteúdo qualitativa.

Vale ressaltar que neste estágio foi mantido contato via e-mail com os criadores da versão original do instrumento, *staff* do *NHS* com o objetivo de sanar as dúvidas que foram surgindo (ANEXO D).

## **Etapa II - Estágios finais da adaptação transcultural**

No estágio V deve ser realizado o pré-teste, na população alvo, da versão pré-final do instrumento, resultante do trabalho do Comitê de *experts*, conforme recomendação dos autores de referência neste estudo (BEATON et al., 1997; 2000; 2002; 2007). O objetivo deste estágio é viabilizar a validade de face, ou seja, a avaliação da compreensão verbal sobre os itens, questões e/ou as opções de resposta da versão pré-final, pela população alvo da pesquisa (GUILLEMIN et al., 1993).

A população alvo do pré-teste foi composta por puérperas e enfermeiros envolvidos diretamente na assistência às puérperas e seus

recém-nascidos. O pré-teste do instrumento *Maternity Safety Thermometer*, que após tradução ficou intitulado como Termômetro de Segurança na Maternidade, foi realizado em unidades de assistência puerperal e obstétrica de três serviços de maternidade do estado do Rio Grande do Norte (RN), sendo dois serviços hospitalares e um Centro de Parto Normal (CPN).

No estágio VI, o último do processo, todos os documentos gerados durante a ATC devem ser encaminhados para os criadores da versão original do instrumento, para que tenham ciência dos procedimentos adotados na busca pela equivalência. Assim, eles terão a oportunidade de checar todas as etapas cumpridas e o rigor metodológico adotado, por meio dos documentos e dos relatórios de cada estágio. Embora não seja permitido aos criadores alterar a versão adaptada do instrumento, uma vez se espera que tenha sido alcançada uma adaptação transcultural razoável do instrumento, é importante manter esse espaço de diálogo e *feedback* com os idealizadores e criadores do instrumento original (BEATON et al., 2000).

No presente estudo, após a conclusão de todo o processo de adaptação transcultural, todos os documentos referentes ao processo de ATC, serão encaminhados para apreciação, aos membros do NHS, com os quais mantivemos contato durante a realização do estudo.

### **Local do pré-teste**

O pré-teste da versão pré-final do instrumento foi realizado nas unidades de internação Obstétrica, Alojamento Conjunto de três maternidades públicas, que são referência em Obstetrícia no estado do RN, em níveis de complexidade diferentes.

A Maternidade Escola Januário Cicco, situada na capital Natal, pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) é referência em gestação de alto risco para o estado, que desenvolve atividade de ensino, pesquisa e extensão, desempenhando papel fundamental também na formação de especialistas nestas áreas de atendimento (residências médica e multiprofissional). Oferece à população das cidades do interior do estado, da grande Natal e de Natal, atendimento ambulatorial em ginecologia, obstetrícia e pediatria (neonatologia). Dispõe de uma estrutura hospitalar com 129 leitos, com serviço de urgência e emergência, unidades de internação ginecológica, de alojamento conjunto, do método canguru, de puerpério de alto risco e unidade de terapia intensiva obstétrica, além de unidades de terapia

neonatal, bem como centro obstétrico, centros cirúrgicos e banco de leite materno. Atende uma média mensal de 300 a 350 nascimentos (partos e cesarianas) (EBSERH, 2013a).

O Hospital Universitário Ana Bezerra, também integrante do complexo hospitalar universitário da UFRN, referência em atendimento obstétrico, ginecológico e pediátrico de média complexidade para 21 cidades do interior do estado, voltado para o ensino, pesquisa e extensão, também contribui sobremaneira para a formação de especialistas (residências médica e multiprofissional), na cidade de Santa Cruz. Possui 53 leitos, distribuídos entre em suítes de Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP), enfermarias de alojamento conjunto, ginecológicas e pediátricas. Dispõe também de centro obstétrico e centro cirúrgico e de consultórios ambulatoriais para atendimento da mulher e da criança. Atende uma média mensal de 170 nascimentos (partos e cesarianas) (EBSERH, 2013b).

Por fim, a Maternidade e Unidade Mista de Felipe Camarão, instituição municipal da cidade de Natal/RN, referência em parto normal, de risco habitual, na capital do estado. Conta com uma estrutura física que abrange consultório médico, sala de preparo e de parto e enfermaria de alojamento conjunto. Segundo informações da gerência de enfermagem, a unidade dispõe de uma equipe multiprofissional, que compreende médicos obstetras e neonatologistas, enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem, nutricionista e outros profissionais. E atende uma média mensal de 70 a 80 partos.

### **Sujeitos do pré-teste**

Foram incluídas puérperas de parto, independente da via, ou cesariana e independente da paridade, internadas em qualquer fase do puerpério, exceto aquelas com menos de 12 horas pós-parto, tendo em vista a dificuldade de responder os questionamentos devido ao cansaço físico, desgaste emocional ou à interferência de emoções próprias deste período, assim como a baixa probabilidade de identificar danos (eventos adversos) nesta janela de tempo. Além dessas, também foram incluídos enfermeiros responsáveis pela assistência puerperal nas instituições onde foi desenvolvida a pesquisa, com experiência de pelo menos seis meses nesta área, e carga horária de trabalho mínima de 20 horas nestas unidades.

A escolha de puérperas foi determinada pelo fato de ser essa clientela alvo para a aplicação do instrumento, e também devido à



existência do tópico - Percepção de segurança da mulher, que engloba quatro questões, a serem perguntadas diretamente à puérpera. Assim, em todo o processo de adaptação manteve-se para essas questões, o uso de um vocabulário semelhante ao da versão original, com adaptações culturais para permiti-lo ser o mais objetivo e abrangente possível, e livre de termos técnicos e científicos. Portanto, julgou-se imprescindível, investigar diretamente com essa população leiga, a compreensão dessas questões.

A inclusão dos enfermeiros na amostra do pré-teste do instrumento, justifica-se pelo fato de serem estes os profissionais recomendados pelo NHS da Inglaterra, responsáveis pela coleta de dados (aplicação do instrumento). Por isso, a coleta da maior parte das questões e opções de resposta contidas no instrumento, pode ser feita a partir dos registros no prontuário da puérpera e do recém-nascido, cartão do pré-natal, caderneta da criança, além de outros. Assim, durante a adaptação, na maioria das questões do instrumento foi mantida uma linguagem mais técnica, considerando a terminologia utilizada e compreendida pelos profissionais de saúde.

Para a amostra foram selecionadas 40 puérperas e 30 enfermeiros responsáveis pela assistência direta às puérperas e seus recém-nascidos, seguindo as recomendações de Beaton e colaboradores (2000).

### **Procedimentos de coleta de dados do pré-teste**

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2015, por uma das pesquisadoras e uma aluna de graduação do Curso de Graduação em Enfermagem, que já havia cursado as disciplinas de metodologia da pesquisa e de práticas obstétricas em enfermagem. A aluna foi treinada e supervisionada diretamente pela pesquisadora para fazer a coleta de dados das puérperas, tendo em vista que a coleta com os enfermeiros foi feita pela pesquisadora.

Os dados relativos aos cinco primeiros tópicos (local e tipo de parto, trauma perineal/incisão cirúrgica abdominal, hemorragia, infecção e bebê) do instrumento foram coletados nos prontuários, e quando necessário, no cartão da gestante e na caderneta da criança. Nesta oportunidade, foi possível avaliar a disponibilidade, os locais onde se encontravam e a ausência de informações necessárias para aplicação do instrumento.

As questões que integram o tópico - Percepção da mulher sobre segurança foram aplicadas diretamente com as puérperas, de acordo com

as recomendações do NHS. Elas foram questionadas da seguinte forma: Essa pergunta ficou clara para você? O que você compreendeu sobre essa pergunta? As respostas dadas pelas puérperas sobre a compreensão de cada questão foram registradas por escrito, no próprio formulário de coleta (APÊNDICE C). Em seguida, a coletadora procedia a leitura da resposta em voz alta para a puérpera, e a interrogava se de fato o texto lido expressava sua resposta, ou se ainda gostaria de modifica-lo. Caso a puérpera apresentasse dúvida de alguma questão, a coletadora a esclarecia e solicitava que sugerisse a substituição dos termos, palavras ou expressões que haviam gerado a dificuldade de entendimento.

A coleta de dados com os enfermeiros ocorreu no próprio local de trabalho, pela pesquisadora. Cada enfermeiro foi orientado individualmente sobre o pré-teste do instrumento, o preenchimento do formulário criado (APÊNDICE D) para que ele registrasse, por meio da Escala de *Likert*, a sua compreensão sobre o nome dos tópicos, questões, opções de resposta e sugestões para melhorar o entendimento.

#### **4.2.4 Processamento e análise dos dados da adaptação transcultural**

A seguir serão descritos os processos de análise dos dados referentes ao estágio IV - avaliação do Comitê de *experts* e ao estágio V – pré-teste do instrumento.

##### **Comitê de *experts***

Os dados referentes a avaliação do Comitê de *experts* foram digitados, para o cálculo de medidas de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa), no *Software Microsoft Excel*<sup>®</sup> versão 2013.

Para a quantificação da validação do conteúdo feita pelo Comitê de *experts*, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), um método amplamente usado na área de saúde, que mede a proporção de juízes em concordância sobre determinados aspectos de um instrumento e de seus itens/questões e opções de resposta (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O IVC é calculado por meio da soma da concordância dos itens/questões definidos como equivalentes pelos experts. Neste estudo, para ser considerado equivalente cada termo ou expressão empregado em tópicos, questões e/ou opções de resposta do instrumento, era necessário alcançar a pontuação **+1** (equivalente) em todos os quatro de tipos de equivalência. Os itens ou questões que receberam pontuação “-

1” (pouco equivalentes) ou “0” (não equivalentes) deveriam ser revisados ou eliminados.

No processo de avaliação dos itens/questões individualmente, é preciso considerar o número de juízes (*experts*). Assim, quando participam cinco ou menos *experts*, todos devem concordar para ser representativo. No caso de haver seis ou mais, situação presente neste estudo (11 *experts*), recomenda-se um IVC não inferior a 0,78. No entanto, para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, recomenda-se uma concordância mínima de 0,80 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Neste estudo adotou-se como valor mínimo de referência de equivalência para as questões, 0,8.

### **Pré-teste com enfermeiros e puérperas**

Os dados referentes ao pré-teste do instrumento com enfermeiros e puérperas foram digitados no *Software Microsoft Excel*<sup>®</sup> versão 2013.

Para análise da compreensão verbal dos enfermeiros, foi utilizada Escala de *Likert* de 3 pontos, sendo 0 (zero) a menor pontuação e 2 (dois) a maior. Na escala 0=não compreensível, 1=pouco compreensível e 2=compreensível.

Por meio de funções do *Software Microsoft Excel*<sup>®</sup> versão 2013 foram calculadas média, mediana e desvio padrão para cada questão e opção de resposta do instrumento, avaliada pelos enfermeiros, e ao final foi calculada a média global de compreensão de todos as questões e opções de resposta presentes no instrumento.

Para análise quantitativa da compreensão verbal das puérperas, de acordo com as respostas dadas por cada paciente, foi feita a análise de cada resposta da puérpera para cada questão, e em seguida, as respostas foram categorizadas em compreensível ou não compreensível. Por fim, foram contabilizadas a frequência e o percentual das respostas consideradas compreensíveis e não compreensíveis.

## 4.3 APLICAÇÃO DO TERMÔMETRO DE SEGURANÇA NA MATERNIDADE

### 4.3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, mediante a aplicação em campo do instrumento submetido ao processo de adaptação transcultural para o português do Brasil, denominado **Termômetro de Segurança na Maternidade (APÊNDICE E)**, com o objetivo de obter os dados para o cálculo da prevalência instantânea dos danos (eventos adversos) relacionados à assistência à maternidade e do indicador composto Assistência Livre de Danos (*Harmfreecare*), ambos sugeridos e formulados pelo NHS da Inglaterra.

Os estudos descritivos se propõem a observar, descrever e documentar aspectos de uma situação. São adequados, principalmente, para determinar a porcentagem ou prevalência de agravos (POLIT; BECK, 2011).

### 4.3.2 Local do estudo

A primeira aplicação do **Termômetro de Segurança na Maternidade** foi realizada nas mesmas unidades de internação, das três maternidades públicas, onde foi realizado o pré-teste do instrumento.

### 4.3.3 Sujeitos do estudo

Foram selecionadas as puérperas, utilizando-se os mesmos critérios de inclusão do pré-teste, sendo incluídos os seus recém-nascidos, uma vez que o instrumento levanta informações sobre danos (eventos adversos) sofridos por eles.

A amostra foi composta por 269 puérperas e 275 recém-nascidos (seis partos gemelares). A amostra utilizada corresponde a aproximadamente 50% do total de partos e cesarianas, realizadas mensalmente nas três maternidades, onde foram coletados os dados. A distribuição se deu da seguinte forma: 129 puérperas e 135 recém-nascidos na MEJC (média mensal de 300-350 partos e cesarianas), 100 puérperas e 100 recém-nascidos no HUAB (média mensal de 170 partos

e cesarianas) e 40 puérperas e 40 recém-nascidos na Maternidade de Felipe Camarão (média mensal de 70-80 partos).

#### 4.3.4 Variáveis

Segundo, Polit, Beck e Hungler (2004, p. 46), as variáveis são “qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume diferentes valores” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Essas podem ser valores numéricos que fazem sentido, ou seja, que podem ser medidos, em uma escala quantitativa, classificando-as, portanto como variáveis quantitativas; ou apenas valores distintos ou categóricos, assumidos assim, pelas variáveis qualitativas ou categóricas (POLIT; BECK, 2011).

As variáveis do estudo são aquelas contidas nos seis tópicos do Termômetro de Segurança na Maternidade (Quadro 1), e consistem essencialmente em sete danos (eventos adversos): infecção materna, trauma perineal, hemorragia pós-parto, escore Apgar de bebês a termo, necessidade de tratamento especializado pelos bebês a termo, separação entre a mãe e o bebê e dano psicossocial e dados demográficos e da gestação e do parto.

As variáveis que constam no instrumento são do tipo **qualitativa nominal (QLN)**, que corresponde àquelas características, dentre as quais não existe uma ordenação e **qualitativa ordinal (QLO)**, características que implicam na existência de uma ordenação entre as categorias; **quantitativa discreta (QTD)**, que corresponde a características mensuráveis que podem assumir apenas um número finito ou infinito contável de valores e, portanto, somente fazem sentido valores inteiros, e **quantitativa contínua (QTC)**, referente a características mensuráveis, que assumem valores em uma escala contínua, para as quais valores fracionais fazem sentido.

**Quadro 1** - Variáveis do estudo com base no *Maternity Safety Thermometer*

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	OPÇÕES DE RESPOSTAS (categorias)
<b>LOCAL E TIPO DE PARTO</b>	Primeiro tópico do instrumento, que inclui questões sobre a gestação e o parto	-
Local da pesquisa (QLN)	Local onde são coletados os dados das mulheres e recém-nascidos no período puerperal.	Comunidade/Hospital/Centro de parto normal
Data da pesquisa (QLN)	Dia, mês e ano em que são coletados os dados	Escrever o dia, mês e o ano
Cor da pele (QLN)	Cor da pele das puérperas	Branca/preta/parda/amarela / indígena/não declarada
Idade (QTD)	Idade da puérpera em número de anos completos	19 anos ou menos; 20-34 anos; 35-39 anos; 40 anos ou mais
Idade gestacional (semanas completas) (QTD)	Número de semanas de gestação completas na data do parto	Menos de 28 sem./28-36 sem./37-38 sem./ 39-42 sem./ Mais de 42 sem.
Paridade (QTD)	Número de partos realizados, incluindo o último	Escrever em numeral cardinal
Gestação) (QLN)	Quantidade de fetos referente à gestação atual. Única quando se trata de um feto único. Múltipla quando se trata de mais de um feto.	Única/Múltipla
Índice de Massa Corporal (na admissão) (QTC)	Índice calculado por meio dos dados da puérpera referentes ao peso e a altura. Após isso, aplicar a fórmula universal do IMC, dividindo o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado	18.5 ou menos/ 18.6-24.9/ 25-29.9/ 30-34.9/ 35-39.9/ 40 ou mais
Onde ela teve o bebê? (QLN)	Sector da instituição em que o parto foi realizado	Centro obstétrico/ Centro de Parto Normal intra hospitalar ou peri hospitalar/casa de parto/em casa/outro
Data de nascimento do bebê ___/___/___ Informações do Parto (marque todas as	Data de nascimento do bebê. Descrição dos detalhes sobre o parto (tipo e necessidade de transferir a puérpera para unidade assistencial de maior	Escrever dia, mês e ano de nascimento do bebê. Normal/ Vácuo extrator/ Fórceps/ Falha Instrumental (tentativa frustrada de

opções que se aplicam) (QLN)	complexidade)	vácuo extrator ou fórceps)/ Cesariana; Admissão da mulher em Unidade Semi- intensiva/UTI/UTI Cardíaca após o parto
<b>TRAUMA PERINEAL/INCISÃO CIRÚRGICA ABDOMINAL</b> (marque todas as opções que se aplicam)	Segundo tópico do instrumento, que inclui questões sobre trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal sofrida (s) pela puérpera	-
A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal? (marque todas as opções que se aplicam) (QLN)	Ocorrência de trauma perineal ou incisão cirúrgica abdominal durante o trabalho de parto ou no puerpério. Em caso de resposta afirmativa definir a topologia do dano (QLN) e o grau de comprometimento tissular do trauma ou o tipo de incisão cirúrgica (QLO)	Laceração de 1º grau Laceração de 2º grau Laceração de 3º grau/4º grau Episiotomia Cesariana Incisão cirúrgica abdominal (durante a internação para o parto, excetuando-se a cesariana)
<b>HEMORRAGIA PÓS-PARTO</b>	Terceiro tópico do instrumento, que inclui questões sobre a ocorrência de Hemorragia pós-parto	-
Qual foi a perda sanguínea estimada? (QTD)	Diz respeito quantidade, em número de mililitros (ml) de sangue, que se estima ter sido perdida durante o trabalho de parto e puerpério imediato, considerando que este é o intervalo em que mais frequentemente ocorre a hemorragia. Gradua a estimativa em mililitros.	499ml ou menos 500 - 999ml 1000 - 1999ml 2000ml ou mais
Desde o parto a mulher teve: (marque todas as opções que se aplicam) (QLN)	Questiona sobre informações sobre sinais, sintomas, resultados de exames e/ou condutas adotadas, que estão relacionadas com a ocorrência da hemorragia pós-parto.	Teve algum episódio de lipotimia ou desmaio?/ Teve alguma vez a medida da Hb (hemoglobina) foi inferior à 7,0g%?/ Recebeu transfusão de sangue?/ Recebeu ferro intravenoso?/ Nenhuma das alternativas
<b>INFECÇÃO</b>	Quarto tópico do instrumento, que inclui os mais frequentes tipos de infecções que pode acometer a puérpera entre o	-

	início do trabalho de parto e o pós-parto	
A mulher teve algumas das seguintes infecções desde o início do trabalho de parto até 10 dias pós-parto? (até o momento da entrevista) (marque todas as opções que se aplicam) (QLN)	Questiona acerca da ocorrência de infecções que são mais frequentes na puérpera entre o início do trabalho de parto e o pós-parto	Infecção do trato urinário Infecção na incisão da cesariana/cirúrgica abdominal Mastite Infecção Uterina Infecção no trauma perineal
<b>BEBÊ</b>	Quinto tópico do instrumento, que inclui questões sobre as condições clínicas do bebê e a necessidade de assistência mais especializada ou de maior complexidade	-
O bebê teve escore de Apgar menor ou igual a 6 no 5º minuto após o nascimento? (QLN)	Avaliação das condições clínicas do bebê por meio do escore de Apgar	Sim; Não
O bebê precisou ser transferido/admitido em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal/Unidade Neonatal/UTI Neonatal? (QLN)	Diz respeito transferência do recém-nascido para outro setor de assistência mais complexa e separação da mãe e recém-nascido	Não/ Sim – previsto/ Sim – imprevisto
<b>PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE SEGURANÇA - PERGUNTAR A MULHER</b>	Sexto tópico do instrumento que inclui questões a serem perguntadas diretamente a puérpera, acerca da percepção dela sobre segurança durante o trabalho de parto e parto	-
Alguma vez você foi separada do seu bebê, exceto se ele foi internado em uma Unidade Neonatal para receber o tratamento necessário? (QLN)	Diz respeito a situações em que a puérpera tenha sido separada do bebê, exceto quando houve necessidade de transferência do bebê para unidades neonatais especializadas	Sim; Não
Você foi deixada sozinha pelos	Diz respeito a situações em que a puérpera tenha ficado	Sim/ Não



médicos/enfermeiras obstétricas/obstetizes em algum momento em que estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto) (QLN)	desassistida por profissionais de saúde da instituição em que se encontra internada durante o trabalho de parto e parto	
Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, você considera que foi levada a sério? (QLN)	Questiona à puérpera em relação a forma como foi atendida pelos profissionais de saúde da instituição em que se encontra internada durante o trabalho de parto e parto, quando expressou a eles suas dúvidas de segurança	Não/ Sim/ Sem preocupação
Você gostaria de falar sobre alguma das perguntas anteriores com o médico/enfermeira obstétrica/obstetiz ou outro profissional? (QLN)	Questiona à puérpera em relação ao desejo de conversar com profissionais de saúde, que não a tenha assistido adequadamente, segundo sua percepção	Sim/ Não (Em caso afirmativo, favor referenciar a mulher para um ou médico/ enfermeira obstétrica/obstetiz para dar seguimento)
Notas opcionais	Diz respeito às observações consideradas relevantes e registradas pelo profissional responsável pela coleta dos dados	-

### 4.3.5 Indicadores do Maternity Safety Thermometer

Segundo o NHS, é possível calcular indicadores de segurança relacionados à assistência obstétrica e neonatal, a partir dos dados obtidos pela aplicação do Termômetro de Segurança na Maternidade, que permitem a interpretação da situação do serviço de saúde em relação à “temperatura” dos danos (eventos adversos) (HAELO, 2014).

No Quadro 2, estão listados os indicadores sugeridos pela NHS, que podem ser formulados, para interpretação dos dados coletados.

**Quadro 2** - Indicadores traduzidos com base no documento do NHS  
*Maternity Safety Thermometer Pilot Data 16/01/2014*

<b>Definição do indicador</b>	<b>Composição do indicador</b>
<i>Basic Demographics – Dados Demográficos</i>	
<i>Place of data collection by category</i> (Local da pesquisa por categoria)	O numerador corresponde ao total individualizado de cada opção de resposta (Hospital, Comunidade e/ou Centro de Parto) e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.
<i>Women's ethnicity by category</i> (Cor da pele das puérperas por categoria)	O numerador corresponde ao total individualizado de cada opção de resposta (Branca; Preta; Parda; Amarela; Indígena; Não declarada) e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.
<i>Women's age by category</i> (Idade das puérperas por categoria)	O numerador corresponde ao total individualizado de cada opção de resposta (faixas etárias) e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.
<i>Places of birth by category</i> (Locais do parto por categoria)	O numerador corresponde ao total individualizado de cada opção de resposta (Centro Obstétrico; Centro de Parto Normal intra hospitalar ou peri hospitalar; Casa de Parto; Em casa; Outro) e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.
<i>The proportion of women who speak <b>English</b> without the use of an interpreter</i> (Proporção de puérperas que falam <b>Português</b> sem a utilização de um intérprete)	O numerador é o total de mulheres que fala Português e o denominador é o número total de mulheres entrevistadas da amostra.
<i>Birth Details</i> - Detalhes sobre o parto	

<i>Gestation times by category</i> (Idade Gestacional por categoria)	O numerador corresponde ao total individualizado de cada opção de resposta (menos de 28 sem.; 28-36 sem.; 37-38 sem.; 39-42 sem.; Mais de 42 sem.) e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.
<i>The proportion of women with a singleton or multiple birth</i> (Proporção de gestantes com gestação única ou múltipla)	O numerador corresponde ao total individualizado de cada opção de resposta (única; múltipla) e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.
<i>The proportion of birth details by type</i> (Proporção de detalhes do parto por tipo)	O numerador corresponde ao total de individualizado cada opção de resposta (Normal; Vácuo extrator; Fórceps; Falha Instrumental (tentativa frustrada de vácuo extrator ou Fórceps; Cesariana Admissão da mulher em Unidade Semi-intensiva/UTI/UTI Cardíaca após o parto) e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.
<i>Parity data by number</i> (Paridade pelo número)	O numerador corresponde ao total individualizado de cada resposta coletada e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.
<i>Women's BMI at booking by category</i> (IMC das puérperas na admissão por categoria)	O numerador corresponde ao total individualizado de cada opção de resposta (18.5 ou menos; 18.6-24.9; 25-29.9; 30-34.9; 35-39.9; 40 ou mais) e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.
<i>Physica Harms - Danos (eventos adversos) físicos</i>	
<i>Maternal Infection</i> (Infecção Materna)	Proporção (o numerador é o total somado de todos os tipos de infecção materna: Infecção do trato urinário; Infecção na incisão da cesariana; Infecção na Incisão cirúrgica abdominal; Mastite; Infecção Uterina; Infecção do trauma perineal, dividido pelo denominador que é o número total de puérperas incluídas na amostra, e o resultado multiplicado por 100).

<p><i>Perineal trauma 3<sup>rd</sup>/4<sup>rd</sup> Degree Tear</i> (Laceração perineal de 3<sup>o</sup>/4<sup>o</sup> grau)</p>	<p>Proporção (o numerador é o total somado de lacerações perineais de 3<sup>o</sup>/4<sup>o</sup> graus dividido pelo denominador que é o número total de puérperas que sofreram algum tipo de trauma perineal - lacerações perineais de 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>/4<sup>o</sup> graus ou episiotomia, e o resultado multiplicado por 100).</p>
<p><i>PPH of more than 1000mls</i> (Hemorragia Pós-parto, com perda sanguínea estimada maior que 1000ml)</p>	<p>Proporção (o numerador é o total de puérperas com perda sanguínea estimada maior que 1000ml dividido pelo denominador que é o número total de puérperas incluídas na amostra, e o resultado multiplicado por 100).</p>
<p><i>Harmefreecare</i> (Puérperas protegidas de danos físicos)</p>	<p>Proporção (o numerador é o total de puérperas sem nenhum tipo de dano físico dividido pelo denominador que é o número total de puérperas incluídas na amostra, e o resultado multiplicado por 100).</p>
<p><i>Psychosocial Harms – Danos psicossociais</i></p>	
<p><i>Women left alone at a time that worried them</i> (Puérperas deixadas sozinhas em algum momento em que se sentiam preocupadas)</p>	<p>Proporção (o numerador é o total de puérperas que referiram terem sido deixadas sozinhas em algum momento em que se sentiam preocupadas dividido pelo denominador que é o número total de puérperas incluídas na amostra, e o resultado multiplicado por 100).</p>
<p><i>Mothers and term babies separation from birth</i> (Separação entre mães e bebês a termo a partir do nascimento)</p>	<p>Proporção (o numerador é o total de puérperas que referiram terem sido separadas dos seus bebês a termo, exceto quando os bebês foram admitidos em unidades neonatais, dividido pelo denominador que é o número total de bebês a termo incluídos na amostra, e o resultado multiplicado por 100).</p>
<p><i>Women with concerns not taken seriously</i> (Puérperas com preocupações que não foram levadas a sério)</p>	<p>Proporção (o numerador é o total de puérperas com preocupações que não foram levadas a sério dividido pelo denominador que é o número total de puérperas que expressaram preocupação, e o resultado multiplicado por 100).</p>
<p><i>The proportion of women that</i></p>	<p>O numerador é o número de puérperas</p>

<p><i>had follow up questions regarding the survey</i> (Proporção de puérperas que tiveram seguimento de questões sobre a Percepção de segurança por um profissional de sua escolha)</p>	<p>que expressaram o desejo de falar sobre alguma questão com o médico/enfermeira obstétrica/obstetrix ou outro profissional e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra, e o resultado multiplicado por 100.</p>
<p><i>Perception Safety-Harmfreecare</i> (Puérperas protegidas de danos psicossociais)</p>	<p>Proporção (o numerador é o total de puérperas sem nenhum tipo de dano psicossocial dividido pelo denominador que é o número total de puérperas incluídas na amostra, e o resultado multiplicado por 100).</p>
<p><i>Perineal Wound / Abdominal Trauma - Trauma perineal/Trauma Abdominal</i></p>	
<p><i>The proportion of women with a perineal trauma, caesarean section, or other abdominal wound</i> (Proporção de puérperas com um trauma perineal, cirurgia cesariana ou outra cirurgia abdominal)</p>	<p>Proporção (o numerador é o total de puérperas que teve um trauma perineal, submetida a cirurgia cesariana ou outra cirurgia abdominal durante a internação para o parto, dividido pelo denominador que é o número total de puérperas incluídas na amostra, e o resultado multiplicado por 100).</p>
<p><i>The proportion of women with an abdominal wound not including caesarean section</i> (Proporção de puérperas com uma incisão cirúrgica abdominal, excluindo as cesarianas)</p>	<p>Proporção (o numerador é o total de puérperas submetida a uma cirurgia abdominal, exceto cesarianas durante a internação para o parto, dividido pelo denominador que é o número total de puérperas incluídas na amostra, e o resultado multiplicado por 100).</p>
<p><i>The proportion of women with a perineal trauma, broken down by trauma category</i> (Proporção de puérperas com trauma perineal, discriminada por categoria de trauma)</p>	<p>O numerador corresponde ao total individualizado de cada categoria de trauma perineal (laceração de 1º, 2º, 3º/4º grau e episiotomia) e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.</p>
<p><i>Post-Partum Haemorrhage – Hemorragia Pós-parto</i></p>	
<p><i>The proportion of women with an estimated blood loss greater than 500mls, broken down by blood loss amount</i> (Proporção de mulheres com uma perda sanguínea estimada</p>	<p>O numerador corresponde ao total individualizado de cada intervalo de quantidade da perda sanguínea estimada superior a 500ml e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.</p>

<p>superior a 500mls, discriminadas por intervalos de quantidade da perda sanguínea estimada)</p>	
<p><i>The proportion of women who have had a post-partum haemorrhage followed by complications or treatment (faint of collapse, Hb ever measured at &lt;7.0 g/dl, and received blood transfusion or IV iron)</i> (Proporção de mulheres que tiveram uma Hemorragia Pós-parto seguida de complicações ou tratamento)</p>	<p>O numerador corresponde ao total somado de todas as complicações ou tratamento decorrente da Hemorragia Pós-parto - episódio de lipotimia ou desmaio; medida da Hb foi inferior à 7,0g%; Recebeu transfusão de sangue; Recebeu ferro intravenoso, e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.</p>
<p><i>The proportion of women who have had a post-partum haemorrhage followed by complications or treatment, split by complications or treatment category</i> (Proporção de mulheres que tiveram uma Hemorragia Pós-parto seguida de complicações ou tratamento, discriminada por categoria de complicação ou tratamento)</p>	<p>O numerador corresponde ao total individualizado de cada complicação ou tratamento decorrente da Hemorragia Pós-parto - episódio de lipotimia ou desmaio; medida da Hb foi inferior à 7,0%; Recebeu transfusão de sangue; Recebeu ferro intravenoso, e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.</p>
<p><i>The proportion of women with a blood loss greater than 1000mls by mode of birth</i> (Proporção de puérperas com uma perda sanguínea estimada maior que 1000ml pela via de nascimento)</p>	<p>O numerador corresponde ao total individualizado de cada via de nascimento: parto normal, parto vaginal com instrumentação (fórceps ou vácuo extrator), falha instrumental ou por cirurgia cesariana, e o denominador é o número total de puérperas incluídas na amostra.</p>
<p><b>Baby Treatment – Tratamento do Bebê</b></p>	
<p><i>The proportion of babies receiving treatments broken down by type</i> (Proporção de bebês que receberam tratamento, discriminada por tipo de tratamento)</p>	<p>O numerador corresponde ao total individualizado de cada tipo de tratamento (Apgar no 5º minuto menor ou igual a 6; transferência para uma unidade neonatal), e o denominador é o número total de bebês incluídos na amostra.</p>

<i>Infection – Infecção</i>	
<i>The proportion of women with an infection within 10 days of birth broken down by type</i> (Proporção de puérperas que tiveram infecção do início do trabalho de parto, até 10 dias pós-parto)	O numerador corresponde ao total individualizado de cada tipo de infecção que a puérpera teve do início do trabalho de parto, até 10 dias pós-parto (ITU, Infecção da incisão cirúrgica abdominal/cesariana, Infecção do trauma perineal, mastite, infecção uterina ou outras ), e o denominador é o número total de bebês incluídos na amostra.
<i>Feedback</i>	
<i>The proportion of women with a harm split by number of harms (perineal trauma or abdominal wound, a post-partum haemorrhage, any treatment to the baby, and any infection within 10 days of birth)</i> (Proporção de puérperas com um dano, discriminada pelo número de danos)	O numerador corresponde ao total de puérperas que sofreu danos agrupado pela quantidade de danos (por ex.: puérperas com 1 dano, puérperas com 2 danos etc), e o denominador é o número total de puérperas incluídos na amostra.

\*Fonte: NHS – *Maternity Safety Thermometer Pilot Data* 16/01/2014

#### **4.3.6 Procedimentos para a coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2015, após o pré-teste do instrumento, por uma das pesquisadoras e sete alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN, que já haviam cursado as disciplinas de metodologia da pesquisa e de práticas obstétricas em enfermagem. As alunas foram treinadas e supervisionadas, diretamente pela pesquisadora.

Nos dias em que se deu a coleta, as coletadoras se dirigiram a todas as unidades do local de pesquisa, onde estavam internadas as puérperas e/ou os seus recém-nascidos, independente do nível de complexidade (alojamento conjunto, PPP, unidade Canguru, unidade puerperal de Alto Risco, UTI Obstétrica). As puérperas foram selecionadas a partir do censo de internação, conforme os critérios de inclusão. Em cada dia de coleta, todas as puérperas elegíveis foram convidadas a participar da pesquisa, portanto, e tiveram a mesma chance de serem incluídas.

Após manifestarem o desejo de participar do estudo, as puérperas foram orientadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Em seguida, aplicou-se o instrumento, mediante entrevista e consulta do prontuário da puérpera e de seu recém-nascido. Quando não havia informações suficientes nos prontuários, também foram feitas consultas no cartão da gestante e/ou na caderneta da criança.

#### **4.3.7 Processamento e análise dos dados**

Os dados coletados na aplicação do instrumento adaptado foram tratados nos softwares IBM<sup>®</sup> SPSS Statistics, versão 19 e *Microsoft<sup>®</sup> Excel* versão 2013. Foram calculadas estatísticas descritivas (frequências) para os dados sociodemográficos. Para as informações sobre o parto, foram calculados os indicadores recomendados pelo NHS, com auxílio do programa IBM SPSS Statistics e do *Microsoft<sup>®</sup> Excel*. As estatísticas (frequências e indicadores) foram apresentadas por meio de tabelas e quadros.

#### **4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Para realizar todas as etapas do estudo, foram respeitados os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos preconizados pela Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Foram obedecidos os princípios da bioética, de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013b).

Para o estudo de adaptação transcultural do instrumento *Maternity Safety Thermometer* foi solicitada autorização à equipe de trabalho do NHS, que foi concedida via e-mail (ANEXO E).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/UFRN (Santa Cruz/RN), por meio da Plataforma Brasil, para apreciação, tendo sido aprovado pelo Parecer n° 828.485 (ANEXO F).

Além disso, foi garantido a todos os participantes, o anonimato e o direito de participar ou não do estudo e de desistir a qualquer momento, declarados por meio da assinatura do TCLE pelas puérperas no pré-teste e na aplicação do instrumento adaptado (APÊNDICE F), e do TCLE para os enfermeiros no pré-teste (APÊNDICE G).



## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão estão apresentados em três manuscritos, conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem – PEN/UFSC.

Os manuscritos foram intitulados da seguinte forma:

**MANUSCRITO 1: Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do Brasil: uma revisão integrativa**

**MANUSCRITO 2: Adaptação transcultural do *Maternity Safety Thermometer* para o português do Brasil**

**MANUSCRITO 3: Aplicação do instrumento *Maternity Safety Thermometer*, adaptado para o português do Brasil, em serviços obstétricos do Rio Grande do Norte**

## 5.1 MANUSCRITO 1 – ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA CONDUZIDA PELA ENFERMAGEM DO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

### **Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do Brasil: uma revisão integrativa**

### **Cross-cultural Adaptation of research instruments conducted by nursing staff in Brazil: an integrative review**

### **Adaptación transcultural de instrumentos de investigación conducida por la enfermería de Brasil: una revisión integrativa**

Cristiane Ribeiro de Melo  
Odaléa Maria Brüggemann

**Resumo:** revisão integrativa que objetivou identificar e analisar as abordagens teóricas e propostas processuais utilizadas na adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa, para língua portuguesa, pela enfermagem brasileira. Foram incluídos artigos que descreviam o processo de adaptação transcultural de instrumentos da prática clínica hospitalar, publicados entre 2005-2014. Em busca na PubMed-Medline, CINAHL, SCOPUS, Web of science, LILACS, BDENF e SciELO, foram selecionados 25 artigos, identificando-se as etapas da adaptação transcultural, a abordagem metodológica, o instrumento e especialidade clínica. Todos utilizaram a abordagem universalista e em 24 foi utilizado o referencial metodológico de Beaton. Destacam-se como pontos fortes: adoção de referenciais metodológicos, cumprimento dos estágios da proposta, detalhamento dos procedimentos adotados, validação de conteúdo, e avaliação psicométrica. No entanto, ausência de informações importantes do processo de adaptação foi a fragilidade mais encontrada. Evidencia-se uma supervalorização da avaliação psicométrica dos instrumentos, em detrimento do rigor no cumprimento dos estágios de uma adaptação transcultural.

**Descritores:** Adaptação transcultural, Enfermagem, Brasil

---

**Abstract:** integrative review with the aim of identifying and analyzing

theoretical approaches and procedural proposals used in the cross-cultural adaptation of research instruments to the Portuguese language by Brazilian nursing staff. Articles were included which described the process of cross-cultural adaptation of instruments used in hospital clinical practice published between 2005 and 2014. From a search on PubMed-Medline, CINAHL, SCOPUS, Web of science, LILACS, BDENF and SciELO, 25 articles were selected and the stages of cross-cultural adaptation, methodological approach, the instrument and clinical specialty were identified. All used the universalist approach and in 24, the methodological framework of Beaton was used. Strengths of the review were: adoption of methodological frameworks, compliance of the proposal stages, detailing of the adopted procedures, content validity and psychometric assessment. However, absence of important information on the adaptation process was the greatest weakness encountered. It can be seen that psychometric assessment of the instruments is overvalued to the detriment of a strict compliance to the stages of cross-cultural adaptation.

**Descriptors:** Cross-cultural adaptation, Nursing, Brazil

---

**Resumen:** revisión integrativa que objetivó identificar y analizar abordajes teóricos y propuestas procesales utilizadas en adaptación transcultural de instrumentos de investigación, al portugués, por la enfermería brasileña. Fueron incluidos artículos que describían el proceso de adaptación transcultural de instrumentos de práctica clínica hospitalaria, publicados entre 2005-2014. En búsqueda en PubMed-Medline, CINAHL, SCOPUS, Web of science, LILACS, BDENF y SciELO, fueron seleccionados 25 artículos, identificando las etapas de la adaptación transcultural, abordaje metodológico, instrumento y especialidad clínica. Todos utilizaron abordaje universalista y 24 utilizaron referencial metodológico de Beaton. Se destacan como puntos fuertes: adopción de referenciales metodológicos, cumplimiento de etapas de la propuesta, detallamiento de procedimientos adoptados, validación de contenido, y evaluación psicométrica. No obstante, ausencia de informaciones importantes del proceso de adaptación fue la fragilidad más encontrada. Es evidente una sobrevaloración de la evaluación psicométrica de instrumentos, en detrimento del rigor en el cumplimiento de las etapas de una adaptación transcultural.

**Descriptor:** Adaptación transcultural, Enfermería, Brasil

---

## INTRODUÇÃO

---

De forma geral, a elaboração de instrumentos de pesquisa, utilizados em estudos epidemiológicos e clínicos, consiste em um processo complexo, que demanda muitos recursos e mobilização de capacidades, habilidades e conhecimentos de naturezas diversas (BEATON et al., 2007).

Portanto, recomenda-se aos pesquisadores que, antes de elaborar um novo instrumento para coleta de dados, realizem uma busca minuciosa na literatura para identificar e selecionar instrumentos passíveis de serem utilizados em seus estudos (REINCHENHEIN; MORAES, 2007).

No Brasil, a escassez de instrumentos formais e objetivos para coleta de dados, em pesquisas científicas de diversas áreas do conhecimento, tem favorecido a utilização, cada vez mais frequente, de instrumentos estrangeiros. Entretanto, selecionar um instrumento elaborado em uma língua, contexto e cultura diferentes daqueles aonde será utilizado, consiste apenas no primeiro passo de um processo de adaptação necessário para torná-lo confiável, válido e eficaz para ser utilizado em outra realidade (GIUSTI; BEFI-LOPES, 2008).

Realizar a adaptação transcultural de um instrumento de pesquisa requer o mesmo rigor metodológico, adotado durante a elaboração de um novo instrumento para que sejam mantidas a confiabilidade e validade. O instrumento adaptado transculturalmente poderá subsidiar a realização de estudos transculturais robustos, permitindo a comparação entre diferentes contextos, e a produção de um corpo de conhecimentos mais denso e significativo (GIUSTI; BEFI -LOPES, 2008). Assim, o fomento de estudos de adaptação transcultural deve-se, principalmente, ao aumento do número de estudos multicêntricos, multinacionais e multiculturais (BEATON et al., 2000).

Traduzir um instrumento de pesquisa estrangeiro de maneira informal, fazer modificações no conteúdo e quantidade de itens, sem o rigor necessário nos testes e ajustes na escolha de terminologias à nova população alvo põe em dúvida a confiabilidade dos estudos. Esses são riscos que, certamente, comprometerão a qualidade das informações

coletadas, podendo até impedir a comparação entre estudos da mesma temática, realizados em contextos culturais diferentes (REINCHENHEIN; MORAES, 2007).

O processo de adaptação transcultural possui dois componentes essenciais, que podem ser realizados de forma combinada ou não: a tradução literal de palavras individuais e de sentenças, de uma língua para outra e a adaptação, no que diz respeito ao idioma, cultura, contexto e estilo de vida da população alvo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O uso combinado de tradução e adaptação está indicado quando o pesquisador fizer uso de um instrumento de pesquisa em uma população de cultura e língua diferentes daquela para qual o instrumento original fora criado (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

As abordagens teóricas, que servem de base para definir as etapas ou estágios a serem realizados, durante o processo de adaptação transcultural, disponíveis em literaturas publicadas sobre o tema, são diversificadas, no entanto, ainda não há um consenso sobre as estratégias de execução (REINCHENHEIN; MORAES, 2007).

Destacam-se, nesse contexto, quatro diferentes perspectivas regentes de programas de investigação de adaptação transcultural. A perspectiva ingênua, bastante criticada e contraindicada, fundamenta-se no processo de tradução simples da versão original do instrumento. A relativista, que nega a existência de equivalência e a possibilidade de interlocução entre culturas diferentes, e, portanto, não recomenda a utilização de instrumentos em culturas diferentes, e, preconiza que sejam elaborados instrumentos novos para contextos locais novos (HERDMANN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997).

A perspectiva absolutista considera que a cultura possui influência mínima nas dimensões mensuradas pelo instrumento, assim, recomenda que o processo de adaptação transcultural seja resumido na tradução e retrotradução do instrumento. E a perspectiva universalista, que considera a variação das dimensões mensuradas por um instrumento entre contextos culturais diferentes, e, recomenda a investigação da existência e a interpretação dos conceitos na cultura da nova população alvo, para que o processo de equivalência transcultural seja exitoso (HERDMANN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997).

Dessa forma, Herdmann, Fox-Rushby e Badia (1997), adotam a perspectiva universalista da adaptação transcultural como a mais adequada e propõe um modelo de avaliação para o processo de adaptação, que contemple as equivalências: conceitual (revisão

bibliográfica dos construtos), de item (pertinência para captar cada domínio), semântica (capacidade de transferir o sentido dos conceitos), operacional (veículo e formato das questões e instruções), de mensuração e funcional (síntese das demais equivalências) (HERDMANN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; HERDMANN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997).

Fundamentando-se na abordagem teórica de adaptação transcultural *universalista*, Beaton e colaboradores (2000), publicaram *guidelines* para uma proposta processual de adaptação transcultural com vistas a alcançar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, que representa na atualidade, uma das mais utilizadas em estudos de adaptação, em diversos países do mundo e no Brasil (BEATON et al., 2000).

Nessa proposta, as autoras descrevem um processo de seis estágios consecutivos: tradução, por no mínimo dois tradutores, feitas de forma independente, com *background* em língua e na área de conhecimentos dos construtos contidos no instrumento, síntese das traduções, retrotradução, também por no mínimo dois tradutores, feitas de forma independente, revisão das versões produzidas por um comitê de experts, pré-teste da versão pré-final do instrumento, com parte da população alvo e submissão da versão adaptada aos criadores do instrumento (BEATON et al., 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs um protocolo para estudos de adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa. Neste documento, a OMS estrutura o processo nos seguintes passos: tradução, painel de especialistas, retrotradução, pré-teste e entrevista cognitiva e produção da versão final (WHO, 200-?). Em linhas gerais, as etapas propostas são muito semelhantes aquelas recomendadas por Beaton e colaboradores (BEATON et al., 2000).

Portanto, a realização deste estudo de revisão tem como **objetivo** identificar e analisar as abordagens teóricas e as propostas processuais utilizadas na adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa, para língua portuguesa do Brasil, pela enfermagem brasileira.

Considerando a importância dos estudos de adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa para o contexto brasileiro, que se vale desse recurso metodológico para adaptar instrumentos aceitos e usados internacionalmente, esta revisão integrativa pretende contribuir para que se torne conhecida a forma como tem sido conduzidos pela enfermagem brasileira, os estudos de adaptação voltados para a prática

clínica hospitalar, as abordagens teóricas, os referenciais metodológicos mais adotados e as especialidades que tem sido mais estudadas.

Também possibilitou analisar o detalhamento da execução das etapas do processo de adaptação transcultural, as coerências e incoerências em relação aos referenciais utilizados, bem como o uso de estratégias inovadoras e exitosas adotadas nesses estudos. Sendo assim, acredita-se que os achados deste estudo, poderão subsidiar pesquisadores que farão uso da adaptação transcultural, possibilitando-os apropriar-se de um entendimento mais ampliado sobre o método, visto que os resultados dessa revisão permite que façam uma análise crítica prévia do processo a ser executado.

## **Método**

Foi realizada pesquisa científica secundária, do tipo revisão integrativa, que tem como objetivos principais auxiliar na construção de um corpo de conhecimento de uma disciplina e contribuir para a elaboração de síntese e análise de resultados de estudos independentes (GANONG, 1987).

Foram seguidas as diretrizes propostas por Ganong (1987), num processo de seis etapas: seleção do tema e definição da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum; análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos; discussão e interpretação dos resultados; apresentação de forma clara a evidência encontrada.

Na **primeira etapa**, definiu-se o tema “adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa pela enfermagem brasileira” e, formulou-se a pergunta de pesquisa: quais abordagens teóricas e propostas processuais, descritas na produção científica, são adotadas no processo de Adaptação Transcultural de instrumentos de pesquisa, para língua portuguesa, nas publicações científicas conduzidas pela enfermagem brasileira?

Na **segunda etapa**, foram definidos como critérios de inclusão: artigos de pesquisas científicas conduzidas no Brasil por profissionais da enfermagem, que descrevem o processo de adaptação transcultural de instrumento a serem aplicados em pesquisa clínica hospitalar, publicados no período de 2005 a 2014, em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês ou espanhol. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed-Medline, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS, Web

ofscience, Literatura da América Latina e Caribe (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Coleção SciELO.

Foram utilizadas as sintaxes de busca, combinando-se descritores, palavras-chave e seus variantes, descritas no Quadro 01.

**Quadro 01** - Bases de dados e Sintaxes de busca utilizadas na revisão integrativa

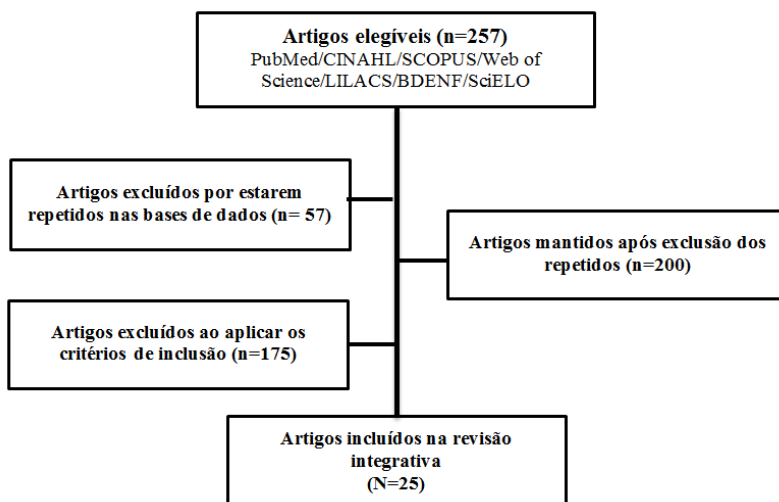
Bases de dados	Sintaxes de busca
<b>Pubmed/Medline</b>	“cross cultural "[All Fields] AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields]) AND (("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields]) OR brazilian[All Fields] OR brazilians[All Fields] OR brasil[All Fields]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])”
<b>CINAHL</b>	“cross cultural AND (nursing OR nurse OR nurses) AND (Brazil OR Brazilian OR Brazilians)”
<b>SCOPUS</b>	“( TITLE-ABS-KEY ( "cross cultural" ) AND TITLE-ABS-KEY (nursing OR nurse OR nurses ) AND TITLE-ABS-KEY ( brazil OR brazilian OR brazilians ) )”
<b>Web of Science</b>	“(cross cultural) AND Tópico: (nursing OR nurse*) AND Tópico: (Bra?il OR bra?ilian) TS=(“cross cultural”) AND TS=(nursing OR nurse*) AND TS=(Bra?il OR bra?ilian*)”
<b>LILACS e BDENF</b>	“(Adaptação transcultural" OR "adaptação cultural") AND (enfermagem OR enfermeir*) AND (instance:"regional") AND (db:"LILACS" OR "BDENF")”
<b>SCIELO</b>	“(Adaptação transcultural" OR "adaptação cultural" OR "cross cultural" OR "adaptación transcultural" AND enfermagem OR enfermeir\$ OR nursing OR nurse\$ OR enfermeria OR enfermer\$”; Portal Periódico CAPES ““cross cultural" AND (nursing OR nurse OR nurses) AND (Brazil OR Brazilian OR Brazilians)”

Conforme a Figura 1, mediante as buscas, foram localizados um total de 29 publicações na **Pubmed/Medline**, 12 publicações na **CINAHL**, 37 publicações na **SCOPUS**, 23 publicações na **Web of**



**Science**, 41 publicações na **LILACS**, 23 publicações na **BDENF** e 92 na **SciELO**, totalizando 257 publicações. Após a eliminação das publicações que estavam indexadas em mais de uma base de dados restaram 200. Ao serem submetidos aos critérios de inclusão descritos anteriormente, 25 artigos foram selecionados.

**Figura 1 - Diagrama do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa**



Feita a seleção dos artigos, na **terceira etapa** da revisão, realizou-se a coleta das informações, consideradas relevantes, segundo a questão de pesquisa e objetivo da revisão. As informações foram retiradas dos textos dos artigos selecionados e organizadas fichas bibliográficas digitais e em um quadro contendo: o título do artigo, autores, ano de publicação, periódico em que foi publicado, base de dados em que se encontra indexado, etapas do processo de adaptação transcultural descritas e abordagem metodológica adotadas pelos autores do artigo, nome do instrumento que foi adaptado transculturalmente e especialidade clínica em que se deu o estudo.

Procedeu-se, em seguida, a **quarta etapa** da revisão, que consistiu na avaliação dos estudos, mediante uma análise criteriosa e crítica das fichas, do quadro, e quando necessário, a releitura e revisão

do artigo na íntegra, a fim de comparar a metodologia descrita pelos os autores dos artigos, com aquela recomendada pelos autores adotados como referência durante a realização dos estudos selecionados. Analisou-se o rigor metodológico no cumprimento de cada estágio da adaptação transcultural e a descrição minuciosa daquelas informações que são essenciais para o leitor julgar a qualidade metodológica do estudo. Com isso, foi possível organizar duas categorias principais da análise: pontos fortes da metodologia e fragilidades metodológicas.

Na **quinta etapa** foram apresentadas as abordagens teóricas em que estão ancoradas os estudos selecionados, os estágios ou etapas que esses estudos tem realizado para dar conta do processo de adaptação transcultural e os instrumentos que tem sido submetidos a adaptação transcultural pela enfermagem brasileira, juntamente com uma discussão acerca daquelas que tem sido as fragilidades mais frequentes e os pontos fortes presentes nestes estudos.

Na **sexta etapa**, um resumo das informações metodológicas mais relevantes disponíveis foi elaborado, contendo a produção dos resultados, que serão apresentados nos resultados e discussão.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### *Características dos estudos*

Do total de artigos analisados (25), a maioria (17), foi publicada entre os anos de 2011 e 2014 (ROSSETTO, MARTINS, MEJIAS, 2011; MAIA et al., 2011; PELEGRINO et al., 2011; SOUZA, DUPAS, BALIEIRO, 2012; CLARO et al., 2012; GIORDANO et al., 2012; CARVALHO, CASSIANI, 2012; FREITAS et al., 2013; PASIN et al., 2013; DORIGAN, GUIRARDELLO, 2013; MONTEIRO, ALMEIDA; KRUSE, 2013; URBANETTO et al., 2013; ÁVILA et al., 2013; KNIHS, SCHIRMER, ROZA, 2014; MARTINS et al., 2014; PAN et al., 2014; VALERA et al., 2014) e cinco eram da especialidade Terapia Intensiva (ROSSETTO, MARTINS, MEJIAS, 2011; KNIHS, SCHIRMER, ROZA, 2014; GUIRARDELLO, 2005; ROSA et al., 2010; MIURA et al., 2010), oito da Clínica Médica (FREITAS et al., 2013; HORA; SOUSA, 2009; MONTEIRO, ALMEIDA, KRUSE, 2013; SANTOS et al., 2005; URBANETTO et al., 2013; VALERA et al., 2014; ÁVILA et al., 2013; PELEGRINO et al., 2011), quatro da Pediatria (PASIN et al., 2013; MAIA et al., 2011; SOUZA, DUPAS,

BALIEIRO, 2012; PAN et al., 2014), três da Emergência (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006; MARTINS et al., 2014; AVANSI, MENEGHIN, 2008), dois da gestão e qualidade da assistência (GASPARINO, GUIRARDELLO, 2009; DORIGAN, GUIRARDELLO, 2013) e três de áreas diversificadas.

O referencial metodológico de adaptação transcultural mais utilizado, em 24 artigos analisados, foi de Beaton como autora principal ou colaboradora, publicados em diferentes anos (Quadro 1).

Quanto às etapas do processo de adaptação transcultural descritas nos artigos analisados, tradução, síntese das traduções, retrotradução, análise por um comitê de especialistas e pré-teste da versão adaptada foram adotadas em todos os 25 estudos (Quadro 1).

Vale ressaltar ainda que, dentre os estudos analisados, em dois, os autores realizaram a submissão de todo o material produzido durante a adaptação transcultural aos criadores da versão original do instrumento (MONTEIRO, ALMEIDA, KRUSE, 2013; CARVALHO, CASSIANI, 2012), além das etapas descritas anteriormente. Em outros nove, realizaram a aplicação clínica da versão final do instrumento (FREITAS et al., 2013; HORA, SOUSA, 2009; PASIN et al., 2013; KNIHS, SCHIRMER, ROZA, 2014; MAIA et al., 2011; SOUZA, DUPAS, BALIEIRO, 2012; GIORDANO et al., 2012; CARVALHO, CASSIANI, 2012; PELEGRINO et al., 2011) e outros 11 fizeram a avaliação psicométrica dos instrumentos, do tipo escalas (FREITAS et al., 2013; HORA, SOUSA, 2009; PASIN et al., 2013; KNIHS, SCHIRMER, ROZA, 2014; MAIA et al., 2011; SANTOS et al., 2005; SOUZA, DUPAS, BALIEIRO, 2012; URBANETTO et al., 2013; GIORDANO et al., 2012; CARVALHO, CASSIANI, 2012; PELEGRINO et al., 2011).

Quanto à abordagem metodológica adotada, pode-se afirmar que em todos os estudos analisados (25), observou-se o esforço para alcançar ao menos as equivalências idiomática, semântica, cultural e conceitual, caracterizando-a, portanto, como sendo universalista.

#### **Quadro 1** - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa

<b>Título, autores, ano de publicação</b>	<b>Referencial metodológico adaptação transcultural</b>	<b>Etapas do processo de adaptação transcultural</b>	<b>Detalhamento da avaliação psicométrica</b>
---	---	--	---

			<b>a</b>
Adaptação transcultural e validação do instrumento <i>Nurse Parent Support Tool</i> para a língua portuguesa (ROSSETTO; MARTINS; MEJIAS, 2011).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comissão de Adaptação Portuguesa. Das diretrizes internacionais para a utilização de testes. Internacional Test Commission (ITC) (PIRES et al., 2003).</li> <li>- Recommendations for the crosscultural adaptations of health stores measures (BEATON et al., 2002).</li> <li>- Translating tests: some practical guidelines (VIJVER; HAMBLETON, 1996).</li> <li>- Princípios de elaboração de escalas psicológicas (PASQUALI, 1998).</li> </ul>	1, 2, 3,4, 5 e análise da consistência interna	Análise da consistência interna (alfa de Cronbach)
Tradução e adaptação transcultural do instrumento “ <i>Spiritual Assessment Scale</i> ” no Brasil (FREITAS; et al, 2013).	Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS) (MARQUES; SARRIERA; DELL’AGLIO, 2009).	1, 3, 4, análise da consistência interna. Aplicação do instrumento.	Análise da consistência interna (alfa de Cronbach)
Adaptação Transcultural do Instrumento <i>Family Needs Questionnaire</i> (HORA; SOUSA, 2009).	Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self- report measures (BEATON et al., 2000).	1, 2, 3,4 e 5.	Sem avaliação psicométricas
Cross-Cultural Translation and	- Guidelines for the process of cross-	1, 2, 3,4 e a avaliação da	Análise da consistência

Adaptation to Brazilian Portuguese of the <i>Paediatric Pain Profile in Children With Severe Cerebral Palsy</i> (PASIN et al., 2013).	cultural adaptation of self-report measures (BEATON et al., 2000). - Health measurement scales: A practical guide to development and use (STREINER; NORMAN, 2008).	clareza; e avaliação da confiabilidade.	interna (alfa Cronbach) e estabilidade (teste-reteste).
Tradução transcultural de instrumentos de qualidade do processo de doação de órgãos (KNIHS; SCHIRMER; ROZA, 2014).	Recommendations for the cross-adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures [Internet] (BEATON et al., 2007).	1, 2, 3,4, 5, análise da fidedignidad e e estabilidade.	A fidedignidad e pela equivalência interobservadores e da estabilidade (teste-reteste).
Tradução e adaptação do <i>Newcastle Satisfaction with Nursing Scales</i> para a cultura brasileira (DORIGAN; GUIARDELL O, 2013).	- Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures [Internet] (BEATON et al., 2007). - Cross-cultural adaptation and validation of health status measures (GUILLEMIN, 1995).	1, 2, 3,4 e 5.	Sem avaliação psicométrica
Adaptação cultural e validação do instrumento de Atenção Dirigida (GUIARDELL O, 2005).	- Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). - Crosscultural health-outcome assessment: a user's guide (HUTCHINSON; BENTZEN; KONIG-	1, 2, 3,4, 5 e análise da consistência interna.	Análise da consistência interna das respostas aos itens (alfa Cronbach).

	ZANHN, 1996). - Cross-cultural adaptation and validation of health status measures (GUILLEMIN, 1995).		
Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de <i>Braden Q</i> para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças (MAIA et al., 2011).	Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures (BEATON et al., 2000).	1, 3, 5, avaliação da consistência interna dos itens e avaliação da reprodutibilidade intraobservador.	Análise da consistência interna dos itens ( $\alpha$ de Crombach). Reprodutibilidade (correlação de Spearman entre os itens da escala) pela aplicação da escala em 35 crianças por dois observadores, em três momentos distintos, mediante a correlação intraclasse e correlação de Pearson.
Tradução e adaptação transcultural do instrumento <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> para uso em cuidados paliativos (MONTEIRO; ALMEIDA; KRUSE, 2013)	Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures (BEATON et al., 2000).	1, 2, 3,4 e 5 e submissão da tradução para apreciação dos autores.	Sem avaliação psicométrica

<p>Adaptação transcultural do <i>Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)</i> para a língua portuguesa (SANTOS et al., 2005).</p>	<p>Recommendations for the crosscultural adaptations of health status measures (BEATON et al., 2002).</p>	<p>1, 2, 3,4, avaliação da confiabilidade de interobservadores e validade convergente.</p>	<p>A confiabilidade de interobservadores, por meio da comparação simultânea e independentemente. A validade convergente, aplicando-as, simultaneamente, em um mesmo grupo, através da aplicação simultânea do PUSH.</p>
<p>Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da <i>Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)</i> (SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012).</p>	<p>Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).</p>	<p>1, 2, 3,4, 5, avaliação psicométrica e aplicação clínica do instrumento.</p>	<p>A reprodutibilidade (teste-reteste) e análise de consistência interna (Alpha de Crobach e a análise fatorial), por componentes principais, com método de rotação VARIMAX, para a validação do construto.</p>
<p>Estressores em Unidade de Terapia</p>	<p>- Recommendations for the crosscultural adaptations of health</p>	<p>1, 2, 3,4, 5 e avaliação psicométrica</p>	<p>Análise da consistência interna (Alfa</p>

<p>Intensiva: versão brasileira do <i>The Environmental Stressor Questionnaire</i> (ROSA et al. 2010).</p>	<p>status measures (BEATON et al., 2002). - Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).</p>	<p>.</p>	<p>de Crombach e Coeficiente de Correlação Intraclasse) e estabilidade (teste e reteste); a validade convergente por meio da correlação.</p>
<p>Adaptação cultural e análise da confiabilidade do instrumento <i>Modified Dyspnea Index</i> para a cultura brasileira (MIURA et al., 2010).</p>	<p>- Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). - Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures (BEATON et al., 2000).</p>	<p>1, 2, 3,4, 5 e avaliação psicométrica .</p>	<p>A confiabilidade de avaliação segundo critério da equivalência interobservações (coeficiente Kappa) para avaliação do grau de concordância entre dois profissionais de saúde.</p>
<p>Tradução e adaptação cultural do <i>Global Appraisal of Individual Needs – Initial</i> (CLARO et al., 2012).</p>	<p>- Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). - Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia</p>	<p>1, 2, 3,4 e 5.</p>	<p>Sem avaliação psicométrica</p>



	(REICHENHEIM; MORAES, 2007).		
<i>Morse Fall Scale</i> : tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa (URBANETTO et al., 2013).	Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).	1, 4, 2, estudo da clareza e avaliação da concordância entre avaliadores/juízes e confiabilidade da reprodutibilidade.	Avaliação de concordância entre avaliadores/juízes (Coeficiente Kappa).
Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da <i>Self-confidence Scale</i> em estudantes de Enfermagem (MARTINS et al., 2014).	Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures [Internet] (BEATON et al., 2007).	1, 2, 3,4, formatação do aspecto gráfico, 5 e análise da consistência interna.	Análise de consistência interna (alpha Cronbach) e análise fatorial.
Adaptação transcultural da “ <i>Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS</i> ” para ser aplicada em pacientes queimados brasileiros (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006).	- Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).	1; obtenção do primeiro consenso; 4, 3, obtenção do consenso da versão retrotraduzida; comparação das versões original e a versão consenso da retrotradução; análise semântica dos itens e 5.	Análise da consistência interna dos itens de cada escala (Alfa de Cronbach e o Coeficiente de Correlação produto-momento de Pearson). Análise da validade de construto (Coeficiente

			de Correlação de Spearman).
The <i>Pain Disability Questionnaire</i> : um estudo de confiabilidade e validade (GIORDANO et al., 2012).	- Adaptación cultural de instrumentos utilizados em salud ocupacional (ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2002). - Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures (BEATON et al., 2000).	1, 2, 3,4, 5 e avaliação das propriedades psicométricas.	Análise da consistência interna (alfa de Cronbach) e estabilidade (teste-reteste). A praticabilidade, para medir o tempo necessário e as facilidades para completar o instrumento.
Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do <i>Safety Attitudes Questionnaire - Short Form</i> 2006 para o Brasil (CARVALHO; CASSIANI, 2012).	Recommendations for the crosscultural adaptations of health status measures (BEATON et al., 2002).	1, 2, 3,4, 5, submissão e avaliação dos relatórios pelos autores do instrumento e avaliação psicométrica .	A análise de consistência interna (alfa de Cronbach). A validade de constructo pela análise fatorial exploratória e confirmatória e análise comparativa entre os diferentes grupos.
Tradução e adaptação para a cultura brasileira	- Cross-cultural adaptation and validation of health	1, 2, 3,4 e 5.	Sem avaliação psicométrica

<p>do <i>Nursing Work Index – Revised</i> (GASPARINO; GUIRARDELL O, 2009).</p>	<p>status measures (GUILLEMIN, 1995). - Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures (BEATON et al., 2000).</p>		
<p>Adaptação cultural do instrumento <i>Costs of caring for children with câncer</i> para o Brasil (PAN et al., 2014).</p>	<p>- Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS – Atopic Dermatitis Module (DEON et al., 2011). - Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). - A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQol instruments: the universalist approach (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998). - Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalência semântica e de mensuração (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2003). - Adaptação</p>	<p>,1 primeiro consenso da versão traduzida (tradução I); 4; consenso da versão do comitê de especialistas (tradução II); 3; consenso da versão retrotraduzida (tradução III) e validação semântica dos itens (pré-teste).</p>	<p>Sem avaliação psicométrica</p>

	transcultural para o português do instrumento Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), utilizado para identificar violência entre casais (MORAES; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2002).		
Tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa do <i>In-Hospital Utstein Style</i> (AVANSI; MENEGHIN, 2008).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).</li> <li>- Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures (BEATON et al., 2000).</li> </ul>	1, 2, 3,4 e 5.	Sem avaliação psicométrica
Adaptação cultural para o Brasil da escala <i>Pain Assessment in Advanced Dementia—PAINAD</i> (VALE RA et al., 2014).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).</li> </ul>	1, 2, 3,4 e 5.	Sem avaliação psicométrica

<p>Cross-Cultural adaptation and Psychometric Testing of the Brazilian Version of the <i>Self-Care of Heart Failure Index</i> Version(ÁVILA et al., 2013).</p>	<p>Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures (BEATON et al., 2000).</p>	<p>1, 2, 3,4, 5 e avaliação psicométrica .</p>	<p>Validade de constructo (validade de construto convergente e análise fatorial confirmatória) e análise da consistência interna (alfa de Cronbach).</p>
<p>Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian–Portuguese version of the <i>Duke Anticoagulation Scale</i> (PELEGRINO et al., 2011).</p>	<p>- Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Validity and reliability of the St George’s Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example (FERRER et al., 1996).</p>	<p>1, primeira versão do instrumento; 4;3; versão final em Inglês; avaliação semântica; 5; e avaliação da versão brasileira-Português final (análise das propriedades psicométricas).</p>	<p>A validade de construto (correlação linear de Pearson). A consistência interna (alfa Cronbach).</p>

\*Etapas do processo de adaptação transcultural: Tradução<sup>1</sup>; síntese das traduções<sup>2</sup>; retrotradução<sup>3</sup>; Análise por um comitê de especialistas<sup>4</sup>; pré-teste da versão adaptada<sup>5</sup>.

### ***Síntese dos resultados***

Os dados analisados evidenciam uma quantidade considerável de estudos de adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros, conduzidos pela enfermagem brasileira, utilizados na prática hospitalar. O objetivo central desses estudos foi adotar esse recurso metodológico como meio de possibilitar o uso desses instrumentos no contexto da prática clínica hospitalar no Brasil.

A análise dos achados permitiu a avaliação do rigor metodológico adotado dos estudos. Ficou evidente a existência de pontos fortes, que merecem ser destacados, como o cumprimento de todos os estágios previstos na execução de um processo de adaptação transcultural e a utilização de estratégias criativas e inovadoras. No entanto, também foram observados pontos de fragilidades metodológica em alguns estudos analisados, que podem interferir negativamente na qualidade e confiabilidade dos instrumentos adaptados, como a ausência da descrição de detalhes dos estágios essenciais e a não realização de recomendações internacionalmente aceitas.

### ***Pontos fortes da metodologia***

Apenas em um dos estudos analisados, observou-se que não foi utilizado um referencial metodológico primário de qualidade, reconhecido internacionalmente na área de adaptação transcultural e estudos metodológicos, visto que sua referência foi um outro estudo de adaptação transcultural (Quadro 1).

Embora em quatro estudos (FREITAS et al., 2013; CLARO et al., 2012; URBANETO et al., 2013; PELEGRINO et al., 2011) tenha sido observada a inversão ou troca na ordem de realização dos estágios da adaptação transcultural previstos pelos referenciais adotados, na totalidade dos analisados foi observado o cumprimento de todos os estágios, em conformidade com a proposta metodológica recomendada pelos referenciais.

Sobre a descrição detalhada dos procedimentos adotados em cada estágio do processo de adaptação, observou-se que em 21 artigos analisados (HORA, SOUSA, 2009; PASIN et al., 2013; KNIHS, SCHIRMER, ROZA, 2014; DORIGAN, GUIRARDELLO, 2013; GUIRARDELLO, 2005; MAIA et al., 2011; MONTEIRO, ALMEIDA, KRUSE, 2013; SANTOS et al., 2005; SOUZA, DUPAS, BALIEIRO, 2012; ROSA et al., 2010; MIURA et al., 2010; CLARO et al., 2012;

URBANETTO et al., 2013; ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006; GIORDANO et al., 2012; CARVALHO, CASSIANI, 2012; GASPARINO, GUIRARDELLO, 2009; PAN et al., 2014; AVANSI, MENEGHIN, 2008; VALERA et al., 2014; PELEGRINO et al., 2011) havia riqueza no detalhamento, que explicita a preocupação dos autores em evidenciar o rigor metodológico adotado (BEATON et al., 2000).

Dentre os aspectos importantes a serem minuciosamente descritos nos estudos, a fim de que seja demonstrado o rigor metodológico adotado pelos pesquisadores estão o perfil dos tradutores (tradução e retrotradução), o número de tradutores envolvidos nesses estágios, a nacionalidade, o domínio de idiomas (da versão original e da versão adaptada) (CARDOSO, 2006; BEATON et al., 2000; FERREIRA; MARQUES, 1998).

A descrição do processo de seleção dos *experts*, que compuseram os comitês de especialista foi observada em 18 artigos (FREITAS et al., 2013; HORA, SOUSA, 2009; PASIN et al., 2013; KNIHS, SCHIRMER, ROZA, 2014; DORIGAN, GUIRARDELLO, 2013; GUIRARDELLO, 2005; MAIA et al., 2011; MONTEIRO; ALMEIDA, KRUSE, 2013; ROSA et al., 2010; MIURA et al., 2010; CLARO et al., 2012; URBANETTO et al., 2013; ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006; GIORDANO et al., 2012; CARVALHO, CASSIANI, 2012; GASPARINO, GUIRARDELLO, 2009; PAN et al., 2014; VALERA et al., 2014; PELEGRINO et al., 2011). No processo de adaptação transcultural de instrumentos, é primordial definir adequadamente o número e a qualificação dos profissionais especialistas que formarão o comitê de *experts*. Para escolher adequadamente, membros que formem um comitê com capacidade de fazer julgamentos pertinentes e tomar decisões acertadas, que conduzam à equivalência do instrumento, é preciso levar em conta a formação, a experiência clínica e de produção e publicação na área e em metodologia da adaptação e a qualificação profissional dos candidatos. Portanto, é essencial descrever os critérios utilizados na seleção dos membros (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Os *guidelines* mais usados como referenciais metodológicos para estudos de adaptação transcultural recomendam a formação de comitês de *experts* multidisciplinar, com membros bilíngues e especialistas na área de conhecimento do instrumento, que tenham recebido informações sobre os conceitos envolvidos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). São exemplos de membros sugeridos, os profissionais da área de saúde, professores de línguas, especialista da metodologia e

tradutores participantes de outros estágios do processo (BEATON et al., 2000).

A validação de conteúdo (comitê de *experts*) qualitativa e quantitativa foi outro ponto forte observado em 20 estudos, com a descrição da análise estatística usada para validação do conteúdo dos instrumentos (ROSSETTO, MARTINS, MEJIAS, 2011; FREITAS et al., 2013; HORA, SOUSA, 2009; PASIN et al., 2013; KNIHS, SCHIRMER, ROZA, 2014; DORIGAN, GUIRARDELLO, 2013; GUIRARDELLO, 2005; SANTOS et al., 2005; SOUZA; DUPAS, BALIEIRO, 2012; ROSA et al., 2010; MIURA et al., 2010; CLARO et al., 2012; URBANETTO et al., 2013; MARTINS et al., 2014; GIORDANO et al., 2012; CARVALHO, CASSIANI, 2012; GASPARINO, GUIRARDELLO, 2009; PAN et al., 2014; VALERA et al., 2014; ÁVILA et al., 2013).

A avaliação por um comitê de *experts* pode englobar procedimentos qualitativos e quantitativos. Os procedimentos qualitativos incluem a avaliação individual e independente do *expert*, que pode ser seguida de avaliações feitas em reuniões com todo o grupo de *experts* (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Já os procedimentos quantitativos dizem respeito às medidas estatísticas usadas para quantificar o grau de concordância entre os *experts* no processo de avaliação de conteúdo. Dentre as mais usadas está a porcentagem de concordância, que é calculada dividindo o número de participantes que concordaram pelo número total de participantes e multiplicando o resultado por 100. Outra medida muito utilizada na área de saúde é o Índice de Validade de Conteúdo, que mede a proporção de juízes que concordam sobre determinados aspectos do instrumento. Sua vantagem principal é permitir a análise de cada item do instrumento individualmente e em seguida do instrumento de forma integral (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Dentre as estratégias inovadoras adotadas no processo de adaptação transcultural, observou-se em um dos artigos analisados desta revisão (ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006), a inclusão de pacientes no comitê de *experts* e na análise semântica dos itens, para avaliarem a compreensão sobre o instrumento antes do pré-teste. Alguns autores tem sugerido a inclusão de leigos, com características semelhantes aos membros da população do estudo (RUBIO et al., 2003; TILDEN, NELSON, MAY, 1990) com o objetivo de assegurar que termos, palavras e expressões, que não estejam compreensíveis ou claros, sejam corrigidos precocemente.



Observou-se ainda nesta revisão, que em 12 artigos analisados, os autores descreveram os critérios de inclusão e exclusão de pacientes selecionados para a amostra do pré-teste do instrumento, que estava em processo de adaptação. Segundo Polit; Beck (2011) o que delimita a população de um estudo são os critérios que qualificam e caracterizam os membros desta (critérios de inclusão ou elegibilidade). Outra forma de definir os membros de uma população de estudos é definindo as características que estes não devem possuir para compor uma dada população (critérios de exclusão) (POLIT; BECK, 2011).

Ainda sobre o pré-teste do instrumento, observou-se uma outra estratégia de inovação exitosa em quatro artigos analisados nesta revisão (PASIN et al., 2013; MAIA et al., 2011; URBANETTO et al., 2013; VALERA et al., 2014), trata-se da inclusão de outros membros na população alvo, além dos pacientes, como por exemplo: profissionais de saúde. A justificativa dos autores para adotarem essa estratégia foi de que após a adaptação transcultural, esses membros extras seriam os responsáveis pela aplicação do instrumento na prática clínica, possuindo, portanto, as credenciais necessárias para opinar sobre a compreensibilidade e clareza do instrumento.

Sobre a avaliação das propriedades de medida ou psicométricas, em 17 artigos analisados, os autores adotaram procedimentos de análise para alcançar fidedignidade, validação de construto e praticabilidade. O teste alfa Cronbach, usado para análise da consistência interna (confiabilidade), merece destaque dentre as medidas utilizadas, visto que foi realizado em 14 dos 17 artigos.

Em dois artigos analisados nesta revisão foi realizada a aplicação clínica do instrumento (MONTEIRO, ALMEIDA; KRUSE, 2013; GASPARINO, GUIRARDELLO, 2009).

Também merece destaque a disponibilização da versão do instrumento submetida à adaptação transcultural como apêndice da publicação, que foi observada em dois artigos analisados (MONTEIRO, ALMEIDA, KRUSE, 2013; AVANSI, MENEGHIN, 2008). Considera-se que o objetivo central dos estudos de adaptação transcultural é permitir a utilização de um instrumento originalmente estrangeiro em uma nova cultura após um processo meticuloso de tradução e adaptação. Assim, tão importante quanto submetê-lo a esse processo, é divulgá-lo amplamente, para que outros pesquisadores e profissionais possam valer-se dele em sua prática.

Autores internacionalmente reconhecidos na área de adaptação transcultural de instrumentos recomendam a submissão de todo o

material produzido durante o processo de adaptação aos autores do instrumento original (BEATON et al., 2000). No entanto, em apenas um dos artigos analisados nesta revisão (PASIN et al., 2013), observou-se a participação direta do autor do instrumento original durante o processo de adaptação, o que certamente, agrega valor e certifica segurança e qualidade ao produto final, o instrumento adaptado.

### *Fragilidades metodológicas*

Foi observado em nove artigos, a ausência de informação sobre a nacionalidade dos tradutores (ROSSETTO, MARTINS, MEJIAS, 2011; MAIA et al., 2011; CLARO et al., 2012; URBANETTO et al., 2013; MARTINS et al., 2014; ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006; AVANSI, MENEGHIN, 2008; VALERA et al., 2014; ÁVILA et al., 2013), responsáveis pelos estágios da tradução e/ou retrotradução do instrumento.

Conforme as recomendações e *guidelines* dos autores usados como referência nos estudos analisados, os tradutores devem ser bilíngues, ter domínio do idioma da versão original do instrumento e ter língua materna semelhante aquela do país em que o instrumento adaptado será utilizado (BEATON et al., 2007; BEATON et al., 2002; BEATON et al., 2000; GUILLEMIN, 1995; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Em sete artigos analisados (ROSSETTO, MARTINS, MEJIAS, 2011; MAIA et al., 2011; CLARO et al., 2012; URBANETTO et al., 2013; MARTINS et al., 2014; AVANSI, MENEGHIN, 2008; ÁVILA et al., 2013) havia ausência parcial ou total de informações sobre características ou critérios obrigatórios para seleção dos tradutores responsáveis pelos estágios de tradução inicial e de retrotradução.

Segundo Beaton e colaboradores (2007; 2002; 2000), Guillemin (1995), Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), os tradutores da tradução inicial devem ser pelo menos dois, possuir domínio da língua da versão original do instrumento, nacionalidade semelhante aquela do país em que será usada a versão adaptada, e um dos dois deve ter *background* na área de especialidade do instrumento e o outro não. Na retrotradução, os tradutores também devem ser pelo menos dois, possuir domínio da língua do país onde será utilizada a versão adaptada, ter língua materna igual a do país do instrumento original, e um dos dois deve ter *background* na área de especialidade do instrumento e o outro não (BEATON et al., 2007; BEATON et al., 2002; BEATON et al.,

2000; GUILLEMIN, 1995; GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

Ainda sobre o domínio de idiomas e a língua materna dos tradutores responsáveis pela tradução inicial, identificou-se em três artigos (MIURA et al., 2010; VALERA et al., 2014; SANTOS et al., 2005) o descumprimento das recomendações dos referenciais metodológicos adotados. Sendo que, em dois deles, os tradutores que realizaram a tradução inicial possuíam como língua materna o inglês, e não o português (MIURA et al., 2010; VALERA et al., 2014) e no outro, um dos tradutores da tradução inicial possuía como língua materna o inglês (SANTOS et al., 2005).

Sobre a quantidade de versões produzidas no estágio da tradução e/ou retrotradução, em cinco estudos (ROSSETTO, MARTINS, MEJIAS, 2011; FREITAS et al., 2013; SANTOS et al., 2005; CLARO et al., 2012; URBANETTO et al., 2013) foi realizada apenas uma versão, contrariando os referenciais metodológicos adotados. De acordo com Beaton e colaboradores (2007; 2002; 2000), Guillemin (1995), Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) devem ser produzidas pelo menos a produção duas versões na tradução inicial e duas versões na retrotradução.

Outro aspecto metodológico a ser seguido é a quantidade de participantes da amostra do pré-teste do instrumento, no entanto, em sete artigos analisados (ROSSETTO, MARTINS, MEJIAS, 2011; HORA, SOUSA, 2009; SOUZA, DUPAS; BALIEIRO, 2012; ECHEVARRÍA-GUANILO et al., 2006; CARVALHO, CASSIANI, 2012; AVANSI, MENEGHIN, 2008; PELEGRINO et al., 2011) observou-se a utilização de amostras com menos de 30 a 40 pessoas, estando aquém do número recomendado por Beaton e colaboradores (2000).

### ***Recomendações para novos estudos de adaptação transcultural***

Os estudos analisados possibilitaram a formulação de um roteiro baseado naquele que é o pilar de sustentação de uma adaptação transcultural exitosa. Foram incluídos neste roteiro, os principais aspectos, detalhes, procedimentos, que ao serem adotados pelo pesquisador na condução de um estudo de adaptação transcultural, permitirá a produção de instrumento adaptado confiável e passível de utilização.

O primeiro passo é selecionar um referencial metodológico que tenha credibilidade nesta área da pesquisa. Após selecionar o referencial, o pesquisador deve cumprir rigorosamente todos os estágios propostos.

Nos estágios de tradução inicial e retrotradução, alguns aspectos e detalhes são condições *sine qua non* para a obtenção de traduções de qualidade: a quantidade, o *background*, a nacionalidade, o domínio dos idiomas do instrumento original e do país de destino da adaptação transcultural dos tradutores. O número mínimo de versões a serem produzidos é outro aspecto importante.

No estágio de avaliação pelo comitê de *experts*, é obrigatório incluir dentre os critérios de seleção: a quantidade, a formação, a experiência clínica e de produção/publicação na especialidade temática do instrumento, na adaptação transcultural, o domínio de idiomas das versões do instrumento dos *experts*; bem como fornecer aos *experts* as informações sobre os conceitos envolvidos no instrumento e os materiais produzidos em estágios anteriores, e orientações necessárias para realizar a avaliação.

Outro detalhe essencial é associar estratégias de análise de conteúdo (avaliação dos *experts*) qualitativa (opinião individual) e quantitativa (medidas estatísticas para mensurar o grau de concordância dos *experts*). Após a análise das avaliações do *experts*, enviar a versão pré-final do instrumento e solicitar-lhes o *feedback* acerca do resultado alcançado, tendo em vista que esta versão deve ser produto do consenso deste comitê.

No estágio do pré-teste do instrumento, definir critérios para seleção da amostra e respeitar o quantitativo mínimo da amostra, são procedimentos básicos a serem adotados. Enviar e submeter todo o material produzido no processo de adaptação transcultural ao(s) autor(es) do instrumento original, demonstra a idoneidade e clareza adotados na condução do estudo.

Por fim, vale ressaltar a importância de disponibilizar os instrumentos adaptados nas publicações que tratam dos estudos de adaptação transcultural, tendo em vista o compromisso assumido pelo pesquisador para com a sociedade, ao realizar um estudo desta natureza: oferecer a profissionais e pesquisadores um instrumento confiável e apto para o uso tanto na prática quanto em estudos futuros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos durante esta revisão demonstra pontos fortes do rigor metodológico do processo de adaptação transcultural, mas também evidencia fragilidades metodológicas, que se relacionam ao valor equivocadamente que os pesquisadores dão a essas etapas, levando-os, inclusive, a não descrevê-las; não executá-las, ou ainda realizá-las de forma divergente da preconizada pelo referencial adotado.

Dentre os pontos fortes desses estudos estão a adoção de referenciais metodológicos de qualidade, reconhecidos internacionalmente na área de adaptação transcultural e estudos metodológicos; o cumprimento de todos os estágios, em conformidade com a proposta metodológica recomendada pelos referenciais.

Também merece destaque a importância de relatar nas publicações a descrição detalhada dos procedimentos adotados em cada estágio do processo de adaptação, do processo de seleção dos *experts*, que compuseram os comitês de especialista, dos critérios de inclusão e exclusão de pacientes selecionados para a amostra do pré-teste do instrumento; a realização da validação de conteúdo (comitê de *experts*) qualitativa e quantitativa; e a análise das propriedades psicométricas do instrumento.

Por fim, nos estudos analisados é válido destacar procedimentos adotados pelos autores, como a tradução inicial feita por três tradutores; a inclusão de pacientes no comitê de *experts* na análise semântica dos itens e de outros membros na população alvo, além dos pacientes; a participação direta do autor do instrumento original durante o processo de adaptação transcultural; a aplicação clínica do instrumento adaptado; e a disponibilização da versão adaptada do instrumento como apêndice do artigo publicado.

Dentre as fragilidades metodológicas estão, a ausência de relato do detalhamento de passos e procedimentos realizados em cada etapa do processo de adaptação; a produção de apenas uma versão traduzida no estágio da tradução e/ou retrotradução; e a realização do pré-teste do instrumento com amostras menores do que 30 a 40 pessoas.

Esta revisão permitiu identificar o panorama sobre os estudos de adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa, desenvolvidos pela enfermagem brasileira, voltados para a prática clínica hospitalar. A análise dos dados coletados evidencia que em oportunidades diversas, os pesquisadores priorizam a avaliação psicométrica dos instrumentos, em

detrimento do pilar que sustenta uma adaptação transcultural confiável, o respeito ao rigor metodológico.

O cumprimento e a descrição de cada procedimento adotado no processo de adaptação demonstra ao leitor, a seriedade com que ele foi conduzido. Neste tipo de estudo, cumprir meticulosamente cada particularidade, faz toda a diferença no resultado final: a produção de um instrumento adaptado transculturalmente confiável e passível de utilização na prática e em outros estudos.

Recomenda-se a realização de outros estudos de revisão, a fim de acompanhar a trajetória de estudos de adaptação transcultural voltados para outros níveis de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

AVANSI, P. A.; MENEZHIN, P. Tradução e adaptação para a língua portuguesa do In-hospital Utstein Style. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 504-511, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jan. 2015.

AVILA, C. W. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the brazilian version of the self-care of heart failure index version 6.2. **Nursing research and practice**, v. 2013, 2013. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/178976/>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

BEATON, D. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measure. **Institute for Work & Health**, 2007. Disponível em: <<http://dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015

\_\_\_\_\_. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. **American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health**. 2002.

\_\_\_\_\_. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

CARDOSO, I. Aspectos Transculturais na Adaptação de Instrumentos de Avaliação Psicológica. **Interacções**, v. 6, n. 10. p. 98-112, 2006. Disponível em: <<http://interacoesismt.com/index.php/revista/article/view/178/184>> . Acesso em: 22 jan. 2015.

CARVALHO, R. E. F. L. de; CASSIANI, S. H. de B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 575-582, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a20v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

CLARO, H. G. et al. Tradução e adaptação cultural do global appraisal of individual needs - initial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1148-1155, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/16.pdf>> . Acesso em : 13 jan. 2015.

DEON, K. C. et al. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS – Atopic Dermatitis Module. *Revista da escola de enfermagem da USP*, v. 45, n. 2, p. 450-457, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a20.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. D. Translation and cross-cultural adaptation of the Newcastle Satisfaction With Nursing Scales into the Brazilian culture. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 561-567, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000300562&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300562&lng=en&nrm=iso&tlng=en)> . Acesso em: 20 jan. 2015.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E. et al. Adaptação transcultural da "Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS" para ser aplicada em pacientes queimados brasileiros. **Revista Latino-Americana de**

**Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 526-533, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2327>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

FERREIRA, P. L.; MARQUES, F. B. Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais. **Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra**. 1998. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9968/1/RD199801.pdf>> . Acesso em: 22 jan. 2015.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, v. 9, n. 6, p. 1160-1166, 1996.

FREITAS, E. O. et al. Translation and cross-cultural validation of the instrument "spiritual assessment scale" in Brazil. **Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 401-410, 2013.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GASPARINO, R. C. G.; GUIRARDELLO, E. B. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do "NursingWork Index - Revised". **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 281-287, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jan. 2015.

GIORDANO, P. C. M. et al. The PainDisabilityQuestionnaire: um estudo de confiabilidade e validade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 76-83, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=281421971011>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

GIUSTI, E.; BIFE-LOPES, D. M.. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, n. 3, p. 207-210, 2008.



Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pfono/v20n3/12.pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scandinavian journal of rheumatology**, v. 24, n. 2, p. 61-63, 1994.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of clinical epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

GUIRARDELLO, E. D. B. Adaptação cultural e validação do instrumento Demandas de Atenção Dirigida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p. 77-84, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41438/45023>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1083-1093, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16857.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of Life Research**, v. 6, n. 3, p. 237-247, 1997.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of life Research**, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.

HORA, E. C.; DE SOUSA, R. M. C. Cross-cultural adaptation of the instrument "family needs questionnaire". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 541-547, Aug. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jan. 2015.

HUTCHINSON, A.; BENTZEN, N.; KONIG-ZANHN, C. **Crossculturalhealth-outcome assessment: a user's guide.** The Netherlands: ERGHO, 1996.

KNIHS, N. D.; SCHIRMER, J.; ROZA, B. D. Cross-cultural translation of quality instruments in the organ donation process. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 56-62, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000100056&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000100056&script=sci_arttext)> . Acesso em: 21 Jan. 2015.

MAIA, A. C. A. R. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 3, p. 405-414, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&)>. Acesso em: 13 jan. 2015.

MARQUES, L. F.; SARRIERA, J. C.; DELL'AGLIO, D. D. Adaptation and validation of spiritual well-being scale (SWS). **Avaliação Psicológica**, v. 8, p. 179-186, 2009.

MARTINS, J. C. A. et al. Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da Self-confidence Scale em estudantes de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 554-561, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000400554&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400554&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> . Acesso em: 21 jan. 2015.

MIURA, C. T. P. et al. Adaptação cultural e análise da confiabilidade do instrumento ModifiedDyspnea Index para a cultura brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 1020-1030, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000500025&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000500025&script=sci_abstract&tlng=pt)> . Acesso em: 22 jan. 2015.

MONTEIRO, D. D. R.; ALMEIDA, M. D. A.; KRUSE, M. H. L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 163-171. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a21.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural para o português do instrumento " Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 163-76, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8153.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

PAN, R. et al. Adaptação cultural do instrumento Costsofcaring for children with cancer para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 591-597, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000400591&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400591&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 22 jan. 2015.

PASIN, S. et al. Cross-cultural translation and adaptation to Brazilian Portuguese of the paediatric pain profile in children with severe cerebral palsy. **Journal of pain and symptom management**, v. 45, n. 1, p. 120-128, 2013. Disponível em: < [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00264-3/fulltext](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(12)00264-3/fulltext)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43 n. Esp, p. 992-999, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

PELEGRINO, F. M. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale. **Journal of clinical nursing**, v. 21, n. 17-18, p. 2509-2517, 2012.

PIRES, A. et al. **Comissão de Adaptação Portuguesa**. Das directrizes internacionais para a utilização de testes. Internacional Test Commission (ITC). Lisboa: Cegoc, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem .7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-73, 2007. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

ROSA, B. A. et al. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 627-635, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/11.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

ROSSETTO, E. G.; MARTINS, T. B.; MEJIAS, N. A. Adaptação Transcultural e Validação do Instrumento Nurse Parent Support Tool para a Língua Portuguesa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 2, 2011. Disponível em: <[http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3305/html\\_1](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3305/html_1)>. Acesso em: 13 jan. 2015.

RUBIO, D. McG. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p. 94-104, 2003.

SANTOS, V. L. C. D. G. et al. Adaptação transcultural do pressure ulcer scale for healing (PUSH) para a língua portuguesa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 305-313, 2005 Disponível em: <<http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=281421844004> >. Acesso em: 22 jan. 2015.

SOUZA, S. R. D.; DUPAS, G.; BALIEIRO, M. M. F. G. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da parental stress scale: neonatal intensivecareunit (PSS:NICU ). **Acta paulista de enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 171-176, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&)>. Acesso em: 12 jan. 2015.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R.; CAIRNEY, J. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. Oxford university press, 2014.

TILDEN, V. P.; NELSON, C. A.; MAY, B. A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nursing Research**, v. 39, n. 3, p. 172-175, 1990.

URBANETTO, J. S. et al. Morse FallScale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 569-575, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

VALERA, G. G. et al. Adaptação cultural para o Brasil da escala PainAssessment in AdvancedDementia – PAINAD\*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 462-468, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/84111/86980>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

VAN DE VIJVER, F. J. R.; HAMBLETON, R. K. Translating tests: some practical guidelines. *European psychologist*. v. 1, n. 2, p. 89-99, 1996

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). Process of translation and adaptation of instruments. Geneva, WHO, [200-?]. Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/#](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/#)>, 2009. Acesso em: 20 jan. 2015.

## 5.2 MANUSCRITO 2 - ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *MATERNITY SAFETY THERMOMETER* PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL

### **Adaptação transcultural do *Maternity Safety Thermometer* para o português do Brasil**

### **Cross-cultural adaptation of the *Maternity Safety Thermometer* to Brazilian Portuguese**

### **Adaptación transcultural del *Maternity Safety Thermometer* al portugués de Brasil**

Cristiane Ribeiro de Melo  
Odaléa Maria Brüggemann

**Resumo:** este estudo objetivou realizar a adaptação transcultural do *Maternity Safety Thermometer*, criado pelo *National Health Service* da Inglaterra, para o português do Brasil. É um instrumento utilizado para obter a prevalência instantânea de danos maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica. A trajetória metodológica consistiu nos estágios de: tradução do instrumento para o português; síntese das traduções; retrotradução; avaliação por Comitê de *experts* e pré-teste da versão pré-final do instrumento. A versão submetida ao pré-teste foi aplicada a um grupo de 40 puérperas, resultando em elevado percentual de compreensão, e a grupo de 30 enfermeiros que atuavam em unidades assistenciais puerperais, para avaliação da compreensão por escala de Likert de 3 pontos, resultando em uma média global de compreensão de 1,97 (máx=2). Esses resultados sugerem que a versão adaptada, Termômetro de Segurança na Maternidade, é adequada e pode ser utilizada para obter a prevalência de danos maternos e neonatais.

**Descritores:** Adaptação transcultural, Obstetrícia, Segurança do paciente.

---

**Abstract:** The aim of this study was to realize the cross-cultural adaptation of the *Maternity Safety Thermometer*, created by the *National Health Service* in England, to Brazilian Portuguese. It is an instrument used to obtain the instantaneous prevalence of maternal and neonatal damage related to obstetric care. The methodological steps were:

translation of the instrument into Portuguese; synthesis of the translations; back translation; assessment by the Committee of *experts* and pretesting of the pre-final version of the instrument. The pretest version was given to a group of 40 puerperal women, resulting in a high percentage of understanding, and to a group of 30 nurses who worked in puerperal care units, for evaluation of understanding by the Likert scale of 3 points. This resulted in an average global understanding of 1.97 (max=2). These results suggest that the adapted version, the Maternity Safety Thermometer, is adequate and can be used to obtain prevalence of maternal and neonatal damage.

**Descriptors:** Cross-cultural adaptation, Obstetrics, Patient safety.

---

**Resumen:** tuvo como objetivo realizar la adaptación transcultural del *Maternity Safety Thermometer*, creado por el *National Health Service* de Inglaterra, al portugués de Brasil. Es un instrumento utilizado para obtener la prevalencia instantánea de daños maternos y neonatales relacionados a la asistencia obstétrica. La trayectoria metodológica consistió en etapas de: traducción del instrumento al portugués; síntesis de traducciones; retrotraducción; evaluación por Comité de *experts* y pre-test de la versión pre-final del instrumento. La versión sometida al pre-test fue aplicada a un grupo de 40 púerperas, resultando en elevado porcentaje de comprensión, y a un grupo de 30 enfermeros que actuaban en unidades asistenciales puerperales, para evaluación de comprensión por escala de Likert de 3 puntos, resultando en media global de comprensión de 1,97 (máx=2). Esos resultados sugieren que la versión adaptada, Termómetro de Seguridad en Maternidad, es adecuada y puede ser utilizada para obtener prevalencia de daños maternos y neonatales.

**Descriptorios:** Adaptación transcultural, Obstetricia, Seguridad del paciente.

---

## INTRODUÇÃO

Os eventos adversos evitáveis relacionados à assistência à saúde ganharam notoriedade no cenário internacional devido à publicação do relatório intitulado - *To err is human: building a safer healthcare system*, pelo Instituto de Medicina da *National Academy of Sciences* dos Estados Unidos, em 1999 (WHO, 2005).

Esse relatório evidenciou que entre 44.000 e 99.000 pacientes norte-americanos morrem anualmente em decorrência de eventos adversos (evento ou circunstância que resultou em dano *desnecessário* ao paciente) (WHO, 2009), o que significa que a cada dia 100 norte-americanos hospitalizados morrem em decorrência de danos relacionados à assistência. Ainda que se considere a menor estimativa de mortes anual decorrentes de eventos adversos, publicada pelo IOM - 44.000 óbitos - já é o suficiente para colocar esta causa de morte, numa posição acima daquelas decorrentes do vírus HIV, câncer de mama ou atropelamentos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Em 2004, durante a 57ª Assembléia Mundial de Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apoiou a criação da *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), para liderar internacionalmente os programas de segurança do paciente. Dentre os principais objetivos da Aliança está o apoio aos esforços dos Estados-Membros para promover uma cultura de segurança nos sistemas de saúde e desenvolver mecanismos para melhorar a segurança do paciente (WHO, 2005).

Embora a segurança do paciente represente uma dimensão da qualidade em saúde, ela corresponde ao componente mais crítico e decisivo para a qualidade da assistência. A partir dessa nova abordagem, inaugurada pela OMS no início dos anos 2000, pode-se perceber a existência da relação entre os sistemas de saúde (falhas) e a ocorrência de danos nos pacientes (BRASIL, 2013a).

Além disso, também tem se destacado o impacto do erro profissional na ocorrência do dano e as consequências do dano, e se voltado à atenção sobre o desempenho humano, a abordagem direta da questão do erro e da violação, sua natureza e causas, a utilização de uma extensa variedade de modelos de segurança e qualidade da indústria e a introdução de novas ferramentas para a melhoria da assistência à saúde (BRASIL, 2013a).

Reconhecendo essa realidade, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) publicou em 2001, um manual que trata da melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher. Além dessa iniciativa, também tem sido empreendidos esforços para identificar eventos adversos obstétricos evitáveis, as causas de morbimortalidade materna e para propor indicadores de segurança do paciente na área obstétrica. No entanto, a ciência da mensuração de danos ainda é imatura e precisa ser uma prioridade na investigação científica (PRONOVOST et al., 2011).



Nessa perspectiva, o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra (*National Health Service*) definiu em 2004, sete passos para a segurança do paciente: construir a cultura de segurança, liderar e dar apoio à equipe, integrar as atividades de gestão de risco, incentivar a notificação dos incidentes, envolver os pacientes e o público nas ações de segurança do paciente, aprender e compartilhar experiências e implementar soluções para prevenir os danos (NHS, 2004).

Além disso, o ACOG publicou em 2009, por meio do *Committee on Patient Safety and Quality Improvement*, objetivos para a segurança do paciente na área obstétrica e ginecológica. Constituem esses objetivos: estabelecer uma cultura de segurança do paciente; implementar práticas de medicação segura recomendadas; reduzir a probabilidade de erros cirúrgicos; melhorar a comunicação entre profissionais da assistência à saúde e com pacientes; estabelecer parceria com pacientes para a melhoria da segurança e fazer da segurança do paciente uma prioridade na prática clínica (ACOG, 2009).

Os eventos adversos obstétricos evitáveis mais comuns foram falha no controle da pressão sanguínea em pacientes hipertensas, no diagnóstico e tratamento adequados de embolismo pulmonar em mulheres com pré-eclâmpsia e na monitorização de sinais vitais e de hemorragia em pacientes submetidas à cirurgia cesariana. Muitos desses, resultantes de falhas de comunicação e do trabalho em equipe (CLARCK et al., 2008).

No Brasil, os dados da pesquisa Nascir, de base hospitalar realizado em todas as regiões do país, apontam que no panorama nacional ainda é frequente, serem empregadas intervenções desnecessárias em mulheres de risco habitual (parturientes e puérperas) e seus recém-nascidos, aumentando o risco desses sofrerem danos (eventos adversos) relacionados à assistência recebida. A punção venosa periférica foi realizada em mais de 70% das mulheres, o uso de ocitocina e a aminiotomia foram feitas em aproximadamente 40%, e a analgesia raqui/epidural em cerca de 30% delas (LEAL et al., 2014).

Segundo o mesmo estudo, a incidência da posição litotômica foi de 92%, da manobra de Kristeller foi de 37% e da episiotomia foi de 56%. Quanto ao tipo de parto, 48,1% foram vaginais, e dentre esses, somente 5% ocorreu sem nenhuma intervenção (parto normal sem intervenção) e 51,9% dos demais nascimentos, aconteceram por meio de cesariana. Dentre as boas práticas durante o trabalho de parto, que devem ser amplamente utilizadas, observou-se que a incidência da alimentação foi realizada em 25,2% das puérperas, a movimentação em

44,3%, a utilização de procedimentos não-farmacológicos para alívio da dor em 26,7% e o uso de partograma em 41,4% (LEAL et al., 2014).

Considerando, pois, os principais fatores e causas de danos relacionados à assistência obstétrica, o *National Health Service* (NHS) britânico desenvolveu, a partir do trabalho de um painel de especialistas em conjunto com sua equipe, uma série de *safety thermometers* (termômetros de segurança), da qual faz parte o *Maternity Safety Thermometer* (MST), que objetiva obter dados acerca da assistência obstétrica. Os dados obtidos por meio da aplicação do MST são usados para produzir indicadores de segurança relacionados à assistência obstétrica e neonatal, a partir da perspectiva da puérpera e seu bebê (NHS, 2014).

O painel de especialistas é composto por representantes de todos os parceiros estratégicos envolvidos na assistência à maternidade incluindo o *Royal Colleges*, Sociedades e Associações, pesquisadores, acadêmicos, profissionais de saúde da obstetrícia, e usuárias do sistema de saúde e seus parceiros, considerados informantes-chave. O lançamento da primeira versão do instrumento MST na Inglaterra ocorreu em setembro de 2012, e nesta ocasião diversos serviços obstétricos começaram a utilizá-lo e enviar os seus dados para o NHS (NHS, 2014).

Após algumas revisões e alterações, a versão final do MST foi publicada em outubro de 2014. Os eventos adversos maternos identificados por este instrumento são infecções maternas, traumas perineais e incisões cirúrgicas, hemorragias pós-parto e danos psicológicos maternos, e os neonatais são o escore de Apgar abaixo de 7 no 5º minuto de vida e a internação em unidades de tratamento especializadas de bebês a termos (NHS, 2014).

Vale ressaltar, que no Brasil, o Ministério da Saúde em uma ação conjunta com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, publicou a Portaria MS/GM nº 529/2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Foi previsto nesta Normativa a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, tanto na atenção básica como na atenção hospitalar, que terão como principal competência a elaboração de programas de segurança do paciente, elaborados com base no diagnóstico local dos riscos associados ao cuidado em saúde (BRASIL, 2013b).

Mediante o contexto discutido, é evidente e necessária a produção de informações confiáveis sobre a segurança e a qualidade da assistência à saúde da mulher e do neonato no Brasil. É preciso gerar indicadores de

segurança que possam ser utilizados para o planejamento e execução de programas eficazes de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica. Assim como é evidente a inexistência de instrumentos formais de pesquisa e de uso institucional, que contribuam para o levantamento de dados epidemiológicos dos eventos adversos obstétricos e neonatais.

Assim, reconhecendo a praticidade e objetividade do instrumento *Maternity Safety Thermometer* da Inglaterra, e ainda os benefícios que podem ser agregados para a segurança de puérperas e neonatos, por meio de sua utilização nos serviços brasileiros de atenção obstétrica, este estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural do *Maternity Safety Thermometer* para o português do Brasil.

## **TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **Adaptação transcultural do instrumento**

A adaptação Transcultural de instrumentos de pesquisa trata-se de uma pesquisa metodológica, e diz respeito à aplicação de um conjunto de técnicas de tradução, retrotradução, comitê de revisão composto por profissionais *experts*, pré-testes da versão adaptada e reavaliação de medidas e índices (estudo psicométrico), quando aplicável, para alcançar equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Após a realização de todas essas etapas os instrumentos podem ser utilizados em uma população com diferenças culturais, de localização geográfica e de linguística daquelas a que se destinava a versão original do instrumento (BEATON et al., 2002).

Utilizou-se a abordagem teórica de Adaptação Transcultural universalista, que é a mais abrangente, uma vez que ela considera a variação das dimensões avaliadas por meio de um instrumento de coleta de dados, em contextos culturais diferentes. Conforme essa abordagem, é necessário investigar a existência e a interpretação dos conceitos contidos no instrumento, na cultura da população alvo a qual se destina a versão adaptada do instrumento, para que seja alcançada a equivalência transcultural (HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA, 1997; 1998).

## A escolha do instrumento

O NHS inglês observou que os sistemas de saúde sofrem com as atuais abordagens de mensuração dos dados de segurança do paciente, tendo em vista a confiabilidade questionável, o elevado gasto de tempo e a capacidade de detectar mudanças ao longo do tempo dos métodos utilizados. A falta de informações confiáveis sobre a segurança e a qualidade da assistência à saúde tem impedido a melhoria da segurança em todo o mundo. Dessa forma, faz-se necessária uma mudança de direção política para implementação de métodos de mensuração sistemática e regular dos dados de segurança do paciente, evitando que seja realizada apenas a notificação voluntária (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012).

O *Maternity Safety Thermometer* permite que seja feita uma "verificação da temperatura" da segurança de puérperas e recém-nascidos, de forma simples, rápida e eficaz. O MST possibilita o levantamento da prevalência instantânea dos danos (eventos adversos) relacionados à assistência ao trabalho de parto e parto, e permite o cálculo do indicador composto assistência livre de danos, que indica o percentual de pacientes protegidos dos danos contidos no instrumento. A recomendação é que a coleta dos dados seja realizada somente uma vez ao mês, preferencialmente por um profissional envolvido diretamente na assistência (MORRIS-THOMPSON et al., 2012).

Portanto, os dados são coletados como parte do fluxo de trabalho diário, no momento em que o paciente está sendo assistido, em um tempo máximo de 10 minutos para coleta de cada paciente, e pode ser usado para identificar e entender a proporção de pacientes afetados por eventos adversos (MORRIS-THOMPSON et al., 2012).

Essa conduta auxilia a identificar os pontos de riscos e fragilidades e gera a oportunidade para compreender as causas e fatores contribuintes para a ocorrência dos eventos adversos. Além disso, permite que cada serviço de saúde crie uma base de dados, e realize o acompanhamento mensal e anual dos seus indicadores de segurança do paciente, e também elaborem e instituem programas de segurança e qualidade da assistência baseados em suas reais prioridades (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012).

A análise dos dados por meio do instrumento Termômetro de Segurança na Maternidade permite a produção de um quadro, que visualmente se assemelha a imagem de um termômetro fisiológico humano, usado para verificar a temperatura. Na primeira coluna são

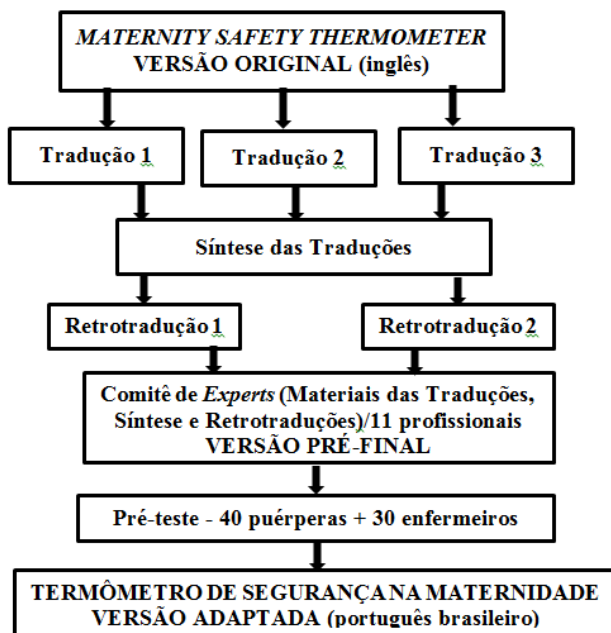
elencados os pacientes da amostra e nas colunas seguintes os danos pesquisados e na última coluna o indicador *assistência livre de danos*. As cores utilizadas na apresentação visual dos dados compilados permitem destacar aqueles pacientes, que não sofreram danos, e ao mesmo tempo aqueles que sofreram um dano ou múltiplos danos.

Todas essas características positivas da ferramenta MST contribuíram para a escolha deste instrumento para a realização deste estudo de adaptação transcultural.

### *Tradução para língua portuguesa*

O processo de ATC de instrumentos, conforme Beaton e colaboradores (2000) é composto de seis estágios consecutivos: tradução, síntese das traduções, retrotradução, Comitê de *experts*, pré-teste do instrumento e submissão aos criadores do instrumento (Figura 1).

**Figura 1** - Diagrama do processo de adaptação transcultural, segundo Beaton e colaboradores (2000).



No presente estudo, no **estágio I** da adaptação transcultural do MST, foram realizadas três traduções de forma independente, por três tradutores, bilíngues, brasileiras, com domínio da língua inglesa. Uma tradutora é professora de língua inglesa e sem *background* acerca da especialidade temática do instrumento, e as outras duas são profissionais de saúde, uma médica infectologista, doutora em controle de infecção hospitalar, com experiência prática, de ensino e pesquisa na área de segurança do paciente, e a outra enfermeira obstétrica, doutora em enfermagem em saúde pública, com experiência clínica, de ensino e de pesquisa na área da Obstetrícia.

Nesta fase foram elaboradas três traduções, cada uma com um relatório escrito, detalhando e justificando as escolhas usadas durante a tradução, bem como as dificuldades encontradas na tradução de palavras, termos ou frases (BEATON et al., 2000).

### ***Síntese das traduções***

No **estágio II**, que consiste na síntese das traduções, foram utilizadas as traduções resultantes do **estágio I**, bem como os relatórios escritos e o instrumento em sua versão original. Nesta etapa, as pesquisadoras responsáveis pelo estudo, uma delas enfermeira obstétrica, doutora em tocoginecologia, com experiência clínica, no ensino e na pesquisa na área obstétrica e a outra enfermeira especialista em segurança do paciente com experiência prática e de ensino nesta área, analisaram as discrepâncias das traduções. A partir de então, elaboraram um relatório escrito meticuloso, descrevendo todo o processo de síntese, bem como foram resolvidas as discordâncias (BEATON et al., 2000).

### ***Backtranslation (Retrotradução)***

No **estágio III**, que consiste na *backtranslation* (retrotradução) da síntese do instrumento traduzido, foram selecionadas e convidadas duas tradutoras, de forma independente, para verificarem se as versões traduzidas mantiveram o mesmo conteúdo da versão original. Foram elaboradas duas retrotraduções, uma delas por uma professora de língua inglesa, nascida e residente durante longos anos na Inglaterra, com 13 anos de residência no Brasil, graduada em Língua Portuguesa com enfoque em tradução e interpretação, portanto, detentora de domínio do

português brasileiro; e a outra, por uma enfermeira, docente aposentada de uma universidade federal brasileira, doutora em enfermagem, americana, residente no Brasil há mais de três décadas, com domínio pleno do português brasileiro (BEATON et al., 2000).

### *Avaliação por um Comitê de experts*

O estágio **IV** foi constituído pela avaliação das equivalências por um comitê de *experts*, a fim de alcançar a equivalência transcultural do instrumento. O comitê de *experts* foi composto de profissionais de saúde e tradutores que participaram dos estágios anteriores, totalizando 11 profissionais de saúde (LYNN, 1986), dentre os quais enfermeiros, médicos e um fisioterapeuta. Embora o quantitativo de profissionais do comitê de *experts* seja um assunto controverso na literatura, o presente estudo baseou-se nas recomendações mais utilizadas (LYNN, 1986; HAYNES; RICHARD; KUBANY; 1995).

Os *experts* convidados e selecionados foram de regiões das Regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país, especialistas nas áreas de obstetrícia, pediatria, neonatologia, epidemiologia, saúde coletiva, gestão da qualidade em serviços de saúde, segurança do paciente e controle de infecção hospitalar (BEATON et al., 2000). Todos os membros possuíam domínio da língua inglesa, sendo que sete deles residiram em países de língua inglesa por um período de cinco meses a três anos. Os 11 membros também possuíam experiência clínica ou prática e em pesquisa científica, ou seja, com conhecimento sobre metodologia científica. Dois deles também possuíam experiência em pesquisa de adaptação transcultural de instrumento na área de segurança do paciente na área obstétrica e neonatal (LYNN, 1986; BEATON et al., 2000).

### *Pré-teste da versão final do instrumento*

O estágio **V** objetiva a realização da validade de face (validade aparente), que se refere à avaliação da compreensão sobre as questões e as opções de resposta da versão pré-final do instrumento adaptado, pela população alvo da pesquisa (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Assim, a versão pré-final do instrumento, resultante do trabalho do Comitê de *experts*, foi submetida ao pré-teste, na população alvo, conforme recomendação dos autores adotados como referência neste estudo (BEATON et al., 2000).

A população alvo do pré-teste foi composta de puérperas e enfermeiros envolvidos diretamente na assistência às mulheres e seus recém-nascidos. A inclusão dos enfermeiros na amostra do pré-teste foi com base na recomendação do próprio órgão criador do instrumento, o NHS, de que os profissionais de saúde sejam os responsáveis pela coleta dos dados (aplicação do instrumento). Inclusive na experiência da Inglaterra, os enfermeiros têm sido os responsáveis pela aplicação do MST. Portanto na redação da maioria das questões e opções de resposta do instrumento, foram mantidos os termos técnicos da saúde, respeitadas as adaptações necessárias, conforme a versão original, uma vez que quase todas as questões contidas no instrumento precisam ser compreendidas preferencialmente pelos profissionais de saúde, visto que são eles que o aplica na população alvo.

O pré-teste do instrumento foi realizado em unidades de assistência puerperal, como, suítes de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), enfermarias de alojamento conjunto, do método canguru, de puerpério de alto risco e UTI obstétrica, em três serviços de maternidade do Estado do Rio Grande do Norte. No entanto, vale ressaltar que a existência e características, como o nível de complexidade das unidades de assistência puerperal variou entre os locais de pesquisa, tendo em vista que dois deles são hospitais, sendo um de média complexidade e outro de alta complexidade, e o outro é um Centro de Parto Normal (CPN).

O primeiro serviço, denominado Hospital Universitário Ana Bezerra caracteriza-se por ser materno-infantil e de média complexidade, possui 53 leitos, que no momento se encontram em ampliação, está localizado acerca de 115 km da capital do estado, Natal, e realiza uma média de 170 partos e cesarianas por mês.

O segundo serviço trata-se da Maternidade Escola Januário Cicco, integrante do complexo hospitalar universitário, de alta complexidade, totalizando 121 leitos, dos quais 66 são de assistência intensiva ou semi-intensiva, está localizado em Natal e atende cerca de 350 partos e cesarianas por mês. O último serviço diz respeito ao CPN, Maternidade Felipe Camarão, da rede municipal de saúde de Natal, que conta com 12 leitos de enfermaria de alojamento conjunto e dois leitos de pré-parto, assistindo uma média de 80 partos por mês.

Foram selecionadas 40 puérperas de parto, independente da via, ou cesariana, independente da paridade, que tivessem mais de 12 horas de puerpério. O critério do tempo de puerpério foi adotado, visto que a baixa probabilidade de ocorrência e/ou manifestação dos sinais dos



danos (eventos adversos) antes desse tempo, as próprias condições físicas e emocionais da mulher nas primeiras horas do puerpério, inviabilizariam a coleta. Também participaram 30 enfermeiros assistenciais, responsáveis pela assistência direta às puérperas e seus nascidos. Os critérios de inclusão adotados foram: estar atuando há pelo menos seis meses e trabalhar pelo menos 20 horas semanais nesta área, nas mesmas instituições em que as puérperas selecionadas estavam internadas.

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2015, por uma das pesquisadoras e uma aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, que já havia cursado as disciplinas de metodologia da pesquisa e de práticas obstétricas em enfermagem. A aluna foi treinada e supervisionada diretamente pela pesquisadora para fazer a coleta de dados das puérperas, tendo em vista que a coleta com os enfermeiros foi feita pela pesquisadora.

O pré-teste dos dados relativos aos cinco primeiros tópicos (local e tipo de parto, trauma perineal/incisão cirúrgica abdominal, hemorragia, infecção e bebê) do instrumento foi feito mediante a coleta de dados nos prontuários, e quando necessário, no cartão da gestante e na caderneta da criança. Nesta oportunidade, foi possível avaliar a disponibilidade, os locais onde se encontravam e a ausência de informações necessárias para aplicação do instrumento.

As questões que integram o tópico - Percepção da mulher sobre segurança foram aplicadas diretamente com as puérperas, de acordo com as recomendações do NHS. Elas foram questionadas da seguinte forma: Essa pergunta ficou clara para você? O que você compreendeu sobre essa pergunta? As respostas dadas pelas puérperas sobre a compreensão de cada questão foram registradas por escrito, no próprio formulário de coleta. Em seguida, a coletadora procedia a leitura da resposta em voz alta para a puérpera, e a interrogava se de fato o texto lido expressava sua resposta, ou se ainda gostaria de modificá-lo. Caso a puérpera apresentasse dúvida em alguma questão, a coletadora a esclarecia e solicitava que sugerisse a substituição dos termos, palavras ou expressões que haviam gerado a dificuldade de entendimento.

A coleta de dados com os enfermeiros ocorreu no próprio local de trabalho, por uma das pesquisadoras. Cada enfermeiro foi orientado individualmente, sobre como se daria sua participação no pré-teste do instrumento e como utilizar o formulário para avaliação da compreensão do instrumento. Durante o pré-teste, foi solicitado a eles a leitura atenciosa e a análise de cada questão e opções de resposta contidas na

versão pré-final do instrumento. Para fazer a análise, foi fornecido o formulário contendo todo o instrumento, uma Escala de *Likert* de 3 pontos para expressar a compreensão sobre a cada questão e opções de resposta, em que 0=Não compreensível, 1=pouco compreensível e 2=compreensível e um espaço destinado às sugestões para melhorar o entendimento, caso julgassem necessário.

Todas as puérperas e enfermeiros que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias antes da coleta de dados.

### **Instrumentos de coleta de dados**

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram dois formulários para o pré-teste do instrumento, um destinado às puérperas e outro aos enfermeiros. O formulário de coleta das puérperas era composto de dados de identificação e demográficos como nome, número do registro de internação, número do leito, data da admissão, data do parto, idade e nível de escolaridade e das questões do tópico Percepção da mulher sobre segurança, contidas no Termômetro de Segurança na Maternidade. O formulário de coleta dos enfermeiros era composto de dados de identificação e profissionais (tempo de formação, pós-graduação, área e ano de conclusão, área de atuação e tempo de atuação na área de saúde, tempo de atuação na saúde da mulher/neonatal), do instrumento Termômetro de Segurança na Maternidade na íntegra, da Escala *Likert* de 3 pontos e de um espaço para registro de sugestões para melhorar a compreensão do instrumento.

### **Tratamento dos dados**

Os dados referentes a avaliação do Comitê de *experts* foram digitados, para o cálculo de medidas de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) no *Software Microsoft Excel*<sup>®</sup> versão 2013.

Na análise quantitativa da validação do conteúdo feita pelo Comitê de *experts*, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), um método amplamente usado na área de saúde, que mede a proporção de juízes em concordância sobre determinados aspectos de um instrumento e de seus itens/questões e opções de resposta (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O IVC é calculado por meio da soma de concordância dos itens/questões definidos como equivalentes pelos experts dividida pelo

número total de questões avaliadas. Neste estudo, para ser considerado equivalente cada termo ou expressão empregado em tópicos, questões e/ou opções de resposta do instrumento, era necessário alcançar a pontuação +1 (equivalente) em todos os quatro de tipos de equivalência (semântica - significado gramatical e de vocabulário das palavras; idiomática - uso de expressões equivalentes nos dois idiomas, inglês e português; cultural - coerência com as experiências vivenciadas pela população a que se destina o instrumento; e conceitual - equivalência dos itens com os domínios a que se pretende avaliar). Os itens ou questões que receberam pontuação “-1” (pouco equivalentes) ou “0” (não equivalentes) deveriam ser revisados ou eliminados.

No processo de avaliação dos itens/questões individualmente, é preciso considerar o número de juízes (*experts*). Assim, quando participam cinco ou menos *experts*, todos devem concordar para ser representativo. No caso de haver seis ou mais, situação presente neste estudo (11 *experts*), recomenda-se um IVC não inferior a 0,78. No entanto, para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, recomenda-se uma concordância mínima de 0,80 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Neste estudo adotou-se como valor mínimo de referência de equivalência para as questões, IVC=0,8.

Os dados referentes ao pré-teste do instrumento com enfermeiros e puérperas foram digitados no *Software Microsoft Excel*<sup>®</sup> versão 2013.

Para análise da compreensão verbal dos enfermeiros, foi utilizada Escala de *Likert* de 3 pontos para avaliação da compreensão pelos enfermeiros, sendo 0 (zero) a menor pontuação e 2 (dois) a maior. Na escala 0=não compreensível, 1=pouco compreensível e 2=compreensível.

Por meio de funções do *Software Microsoft Excel*<sup>®</sup> versão 2013 foram calculadas soma dos pontos, média e desvio padrão para cada questão e opção de resposta do instrumento, avaliada pelos enfermeiros, e ao final foi calculada a média global de compreensão de todos as questões e opções de resposta presentes no instrumento.

Para análise quantitativa da compreensão verbal das puérperas, de acordo com as respostas dadas por cada paciente, foi feita a análise de cada resposta da puérpera para cada questão, e em seguida, as respostas foram categorizadas em compreensível ou não compreensível. Por fim, foram contabilizadas a frequência e o percentual das respostas consideradas compreensíveis e não compreensíveis.

## Validação do instrumento

A validação do instrumento foi feita mediante o cumprimento rigoroso das etapas recomendadas pelos autores adotados como referência neste estudo de adaptação transcultural (BEATON, et al. 2000), e se pautaram na validação de conteúdo, por meio do avaliação pelo comitê de juízes (*experts*), com procedimentos quantitativos e qualitativos e validação de face, mediante o pré-teste do instrumento com a população-alvo (puérperas) e profissionais de saúde (enfermeiros) responsáveis pela assistência direta à população-alvo.

Não foram realizadas avaliações psicométricas, visto que o Termômetro de Segurança na Maternidade, denominação adotada após o processo de adaptação transcultural, não é um instrumento de medição em saúde, tratando-se de um instrumento de obtenção de dados, que são usados para calcular indicadores (prevalência instantânea, indicador composto assistência livre de danos), que fornecem aos serviços de saúde taxas e proporções de eventos adversos relacionados à assistência à maternidade (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012; PASQUALI, 2009).

Sendo assim, o Termômetro de Segurança na Maternidade não é uma escala, que dispõe de itens aos quais são atribuídos valores (scores) e se chega a um resultado final (score final total); também nele inexistem itens ou perguntas com respostas certas ou erradas, ou que devam ser aceitas ou rejeitadas. Nesta situação, portanto, não se faz necessário utilizar a instrumentação psicométrica que é um dos componentes maiores de medida, considerando ser essa indicada apenas para aqueles instrumentos que propõe a mensuração de comportamentos que expressam um traço latente (aptidões humanas, habilidades, etc) (PASQUALI, 2009).

## Procedimentos éticos

Para realizar o estudo, foram respeitados os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos preconizados pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Foram obedecidos os princípios da bioética, de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013c).

Foi solicitada autorização à equipe de trabalho do NHS, que foi concedida via e-mail. Em seguida, o projeto de pesquisa foi submetido

ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por meio da Plataforma Brasil, para apreciação, tendo sido aprovado pelo Parecer nº 828.485.

Além disso, foi garantido a todos os participantes, o anonimato e o direito de participar ou não do estudo e de desistir a qualquer momento, declarados por meio da assinatura do TCLE pelas puérperas e enfermeiros.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Avaliação das equivalências pelo Comitê de experts

Para análise das equivalências pelo comitê de *experts*, foram fornecidas todas as versões do instrumento (original, traduções e retrotraduções), bem como todos os relatórios escritos, as orientações e procedimentos a serem adotados durante a análise das equivalências e elaboração de sugestões. Por meio do formulário fornecido, foi solicitado, que cada membro analisasse com uso de uma escala de Likert de 3 pontos, mencionada anteriormente. Nessa avaliação realizada pelo Comitê de *experts* foram adotados procedimentos qualitativos e quantitativos. Os procedimentos qualitativos consistiram na análise individualizada e independente feita, de acordo com o *background* e experiência de cada um dos *experts*, valendo-se dos recursos fornecidos. Cada *expert* fez sua análise de forma independente. A partir desta avaliação, foi possível realizar o IVC para determinar a validade de conteúdo, quantitativamente.

O instrumento original *Maternity Safety Thermometer* está organizado em seis tópicos: I) *Place and mode of birth*, composto de 10 questões; II) *Perineal trauma/Abdominal wound*, composto de uma questão; *Post partum haemorrhage*, composto de duas questões; *Infection*, composto de uma questão; *Baby*, composto de duas questões; e *Women's perception of safety – to be asked of the woman*, composto de quatro questões, uma nota de orientação para o coletador dos dados, e por último há um espaço disponível para anotações denominado *Optional local measure/notes*.

Conforme é possível observar no Quadro 01, o nome do instrumento foi modificado para Termômetro de Segurança na Maternidade. Os *experts* que sugeriram a mudança justificaram que dessa forma o nome explicita melhor o objetivo do instrumento, que é identificar danos maternos e neonatais relacionados à assistência

obstétrica, não se limitando aos danos obstétricos, aumentando, portanto, a equivalência semântica.

A mudança na questão Local e tipo parto foi indicada pelos *experts*, por se tratar de uma terminologia mais adequada à cultura brasileira. A mudança de Etnia para cor da pele foi sugerida pelos *experts*, por se tratar de um termo em conformidade com a classificação da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), amplamente utilizada nas pesquisas do Brasil, possibilitando assim mais equivalência cultural e comparação de resultados entre os estudos nacionais. E a modificação realizada na questão Onde ela teve o bebê?, foi recomendada pelos *experts*, com o objetivo de melhorar a equivalência cultural, visto que em várias regiões brasileiras “dar à luz” é uma expressão pouco conhecida ou até totalmente desconhecida.

As mudanças nas opções de resposta Preta/Parda/Indígena tiveram como objetivo, conforme os *experts*, possibilitar maior equivalência cultural uma vez que são termos da classificação da PNDS. As mudanças das opções Centro Obstétrico, Centro de Parto Normal intra hospitalar ou peri hospitalar, segundo os *experts* aumentam a equivalência cultural e semântica, visto que essas nomeclaturas estão mais difundidas na realidade brasileira e baseadas na Portaria Nº.11/2015 do Ministério da Saúde.

A mudança na opção de resposta Falha instrumental (tentativa frustrada de vácuo extrator ou fórceps), segundo a *expert* que a sugeriu, aumenta as equivalências semântica e cultural. A nova redação explica o significado do termo falha instrumental, uma terminologia pouco ou não utilizada no Brasil, e simultaneamente, conserva-o para possibilitar a comparação de resultados nacionais com achados de estudos internacionais, realizados em países nos quais esta expressão é predominantemente utilizada, como na Inglaterra e Estados Unidos.

A modificação da opção Admissão da mulher em Unidade Semi-intensiva/UTI/UTI Cardíaca após o parto foi sugerida pelos *experts* para aumentar as equivalências idiomática e semântica, uma vez que eventos maternos relacionam-se ao termo parto, enquanto os neonatais, ao termo nascimento.

A mudança do nome do tópico para Trauma perineal/incisão cirúrgica abdominal, da questão A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal? e das opções de resposta Incisão cirúrgica abdominal após outra cirurgia (por exemplo laparotomia) e Infecção na incisão da cesariana/cirúrgica abdominal foram recomendadas pelos

*experts*, para aumentar a equivalência cultural, pois incisão cirúrgica é uma terminologia amplamente utilizada aqui no Brasil, além de ter sido adotada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, nos documentos de critérios nacionais para diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde.

As opções de resposta Alguma vez a medida da Hb (hemoglobina) foi inferior à 7,0 g%? e A mulher teve alguma das seguintes infecções desde o início do trabalho de parto, até 10 dias pós-parto? (Até o momento da entrevista) foram modificadas pelos *experts* para aumentar a equivalência idiomática.

A questão Alguma vez você foi separada do seu bebê? foi modificada pelos *experts* para agregar um sentido mais incisivo para a separação mãe-bebê (equivalências semântica e cultural). A questão Você foi deixada sozinha pelas enfermeiras obstétricas/obstetizes/médicos em algum momento em que estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)? sofreu a remoção da preposição “já”, que conforme os *experts*, trata-se de uma correção para manter a equivalência idiomática, visto que esta preposição não inexistente na sentença da versão original do instrumento. A questão Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, você considera que foi levada a sério? foi recomendada pelos *experts* para aumentar as equivalências idiomática e semântica. A opção de resposta “sem preocupações” também foi modificada pelos *experts* para aumentar as equivalências idiomática e semântica.

E por último, a nota de orientação para o coletador dos dados modificada para: Em caso afirmativo, favor referencie a mulher para um ou médico/ enfermeira obstétrica/obstetiz para dar seguimento) pelos *experts* para aumentar a equivalência semântica, pois o item orienta o coletador a reportar o desejo expresso pela mulher a um profissional, com o qual ela gostaria de falar sobre as questões de segurança, e não para o coletador se reportar a este profissional.

Os demais tópicos, questões e opções de respostas não mencionados no Quadro 01, alcançaram, conforme avaliação pelo Comitê de *experts*, IVC maior ou igual a 0,8, por isso não foram modificadas.

---

**Quadro 1** – Itens do *Maternity Safety Thermometer* com Índice de Validade de Conteúdo menor que 0,8 modificados pelo Comitê de *Experts*

<b>Tópico/Questão/ Opção de resposta submetida ao Comitê de <i>Experts</i></b>	<b>IVC* antes das modificações (referência=0, 8)</b>	<b>Modificações realizadas pelo Comitê de <i>Experts</i></b>	<b>IVC* após as alterações (referência=0, 8)</b>
Termômetro de Segurança Obstétrica	0,45	Termômetro de Segurança na Maternidade	1,0
Local e modo de nascimento	0,63	Local e tipo de parto	0,9
Etnia	0,63	Cor da pele	1,0
Em que lugar ela deu à luz?	0,54	Onde ela teve o bebê?	1,0
Preta/Parda	0,45	Preta/Parda/Indígena	1,0
Unidade Obstétrica	0,36	Centro Obstétrico	1,0
Centro de Parto Normal anexo ao hospital	0,63	Centro de Parto Normal intra hospitalar ou peri hospitalar	1,0
Centro de Parto Normal Independente do hospital	0,63	Centro de Parto Normal intra hospitalar ou peri hospitalar	1,0
Falha instrumental	0,63	Falha instrumental(tentativa frustrada de vácuo extrator ou fórceps)	1,0
Admissão em Unidade Semi-intensiva/UTI/UTI Cardíaca após o nascimento	0,45	Admissão da mulher em Unidade Semi-intensiva/UTI/UTI Cardíaca após o parto	1,0
Trauma perineal/ferida operatória abdominal	0,54	Trauma perineal/incisão cirúrgica abdominal	1,0
A mulher teve trauma perineal e/ou ferida operatória abdominal?	0,63	A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal?	1,0
Ferida operatória abdominal após	0,63	Incisão cirúrgica abdominal após outra	1,0



qualquer outra cirurgia (por exemplo Laparotomia)		cirurgia (por exemplo laparotomia)	
Teve uma medida de Hb (hemoglobina) inferior à 7,0g/dl?	0,63	Alguma vez a medida da Hb(hemoglobina) foi inferior à 7,0 g%?	1,0
A mulher teve alguma infecção desde o início do trabalho de parto ou parto ou dentro de 10 dias pós parto? (Até o momento da entrevista)	0,63	A mulher teve alguma das seguintes infecções desde o início do trabalho de parto, até 10 dias pós parto? (Até o momento da entrevista)	1,0
Ferida da cesariana/Ferida abdominal	0,63	Infecção na incisão da cesariana/cirúrgica abdominal	1,0
Você já foi separada de seu bebê?	0,45	Alguma vez você foi separada do seu bebê?	1,0
Você já foi deixada sozinha pelas enfermeiras obstétricas/obstet rizes ou médicos em algum momento em que você estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)?	0,45	Você foi deixada sozinha pelas enfermeiras obstétricas/obstet rizes/médicos em algum momento em que estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)?	1,0
Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, foi levada a sério?	0,36	Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, você considera que foi levada a sério?	1,0
Não tive preocupações	0,36	sem preocupações	1,0
Caso afirmativo,	0,45	“(Em caso	1,0

favor reporte-se a enfermeira obstétrica/obstetriz/médico para dar seguimento)		afirmativo, favor referencie a mulher para um ou médico/enfermeira obstétrica/obstetriz para dar seguimento)	
--	--	--	--

### **Avaliação da compreensão verbal do instrumento pelas puérperas e enfermeiros assistenciais**

As puérperas que participaram do pré-teste do instrumento, com o objetivo de avaliar a compreensão verbal do mesmo, tinham em sua maioria (30) entre 20 e 34 anos de idade e os níveis de escolaridade predominante foram ensino fundamental incompleto (15) e ensino médio completo (12).

**Tabela 1 - Distribuição da frequência e percentual de Compreensão das puérperas sobre as questões de Percepção de Segurança da Mulher do Termômetro de Segurança na Maternidade. Rio Grande do Norte, Brasil, 2015 (N=40)**

Questões	Questões Compreensíveis	
	N	%
Alguma vez você foi separada do seu bebê?	39	97,5
Você foi deixada sozinha pelos médicos/enfermeiras obstétricas/obstetrizes em algum momento em que estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)?	40	100,0
Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, você considera que foi levada a sério?	40	100,0
Você gostaria de falar sobre alguma questão com o médico/enfermeira obstétrica/obstetriz ou outro profissional?	40	100,0

Conforme a Tabela 1, é possível observar que a questão “Alguma vez você foi separada do seu bebê?”, foi compreensível por 97,5% das puérperas. As demais questões foram compreensíveis por todas. Mesmo para as puérperas, que inicialmente responderam que alguma pergunta não havia ficado muito clara, quando questionadas sobre o que haviam compreendido sobre as perguntas, demonstravam, pelas respostas dadas, que entendiam sobre o que se tratava. Assim, nenhuma puérpera sugeriu alterações, ou seja, a linguagem adotada foi compreensível independente do nível de escolaridade e idade.

Quanto aos enfermeiros, a maioria (90%) era do sexo feminino, todos atuavam na assistência direta às puérperas e seus recém-nascidos. Destes, 18 (60%) tinham como titulação máxima a especialização, sendo 17 na área da saúde da mulher, neonatal ou áreas afins. Além disso, a maior parte atuava na área da saúde da mulher e neonatal há mais de 21 anos (36,6%).

A versão pré-final do instrumento, submetida ao pré-teste, denominado Termômetro de Segurança na Maternidade estava organizado em seis tópicos (Local e tipo de parto, Trauma perineal/incisão cirúrgica abdominal, Hemorragia Pós-parto, Infecção, Bebê e Percepção da mulher sobre segurança). Quanto aos nomes do instrumento e dos tópicos, todos os enfermeiros avaliaram como compreensíveis, receberam 60 pontos na Escala de *Likert* (máx=60), portanto, não foram feitas alterações.

As opções de resposta “Comunidade” e “Centro de parto normal”, da questão Local da pesquisa, receberam 55 pontos na Escala de *Likert* (máx=60). Foi sugerido por cinco enfermeiros, que os termos fossem definidos para facilitar o entendimento do coletador de dados, uma vez que o instrumento foi criado para ser utilizado em todos os níveis de atenção. Em consideração a sugestão foi elaborado um instrutivo, contendo a definição de termos, expressões e outras orientações acerca do instrumento.

As opções de resposta “Centro obstétrico” e “Centro de parto normal intra ou peri-hospitalar”, da questão Onde ela teve o bebê?, receberam 57 e 55 pontos na Escala de *Likert*(máx=60), respectivamente. Os enfermeiros que as avaliaram como pouco compreensíveis, sugeriram, que no instrumento constasse a definição desses termos, para facilitar o entendimento do coletador de dados. A definição desses termos foi incluída no instrutivo elaborado para orientar o uso instrumento.

A opção de resposta “Admissão da mulher em Unidade Semi-intensiva/UTI/UTI Cardíaca após o parto” da questão Informações do Parto recebeu 58 pontos na Escala de *Likert* (máx=60). Dois enfermeiros avaliaram como pouco compreensível, a localização da opção de resposta, uma vez que ela se relaciona mais ao período puerperal do que ao parto, conforme enuncia a questão. No entanto, não foi feita nenhuma alteração, visto que no instrumento original a opção de resposta está localizada neste tópico, e inexistente no instrumento, outro espaço para realocá-la.

As demais questões e opções de resposta deste tópico (Local e tipo de parto) receberam pontuação entre 59 e 60 pontos na Escala de *Likert* (máx=60), não sendo modificados.

A opção de resposta “Incisão cirúrgica abdominal após outra cirurgia (por exemplo laparotomia)”, da questão A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal?, recebeu 56 pontos na Escala de *Likert* (máx=60). Para quatro enfermeiros a opção foi pouco compreensível, por isso sugeriram a alteração do texto para “Incisão cirúrgica abdominal (durante a internação para o parto, excetuando-se a cesariana)”. A sugestão foi adotada na versão final do instrumento.

Foi sugerida ainda, por apenas uma enfermeira, a reorganização do *layout* das opções de resposta referentes a questão A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal? Na sugestão, as opções de traumas perineais deveriam ser dispostas uma após a outra e as opções referentes a incisões cirúrgicas também. A despeito de ter sido feita por uma só enfermeira, a sugestão foi adotada na versão final do instrumento, uma vez que é perceptível a melhoria na apresentação das opções, o que facilita a visualização, leitura e escolha das opções.

A questão “Qual foi a perda sanguínea estimada?” do tópico Hemorragia pós-parto, recebeu a menor pontuação, 50 pontos na Escala de *Likert* (máx=60). Para 10 enfermeiros a questão foi pouco compreensível, visto que a conversão da estimativa da perda sanguínea em mililitros (volume) era uma prática desconhecida por eles, e, por isso, parte deles sugeriu modificar a questão para adaptar a realidade de avaliação mais frequentemente utilizada, que classifica a perda sanguínea em normal, moderada e acentuada (hemorragia); e a outra sugeriu acrescentar uma opção de resposta “sem registro”.

Embora ainda não seja uma prática comum no Brasil, converter a estimativa da perda sanguínea para volume (ml), acredita-se que esta seja uma prática relevante para prevenir eventos adversos graves na puérpera, visto que a hemorragia pós-parto é uma das principais causas de morte nesta população (BELLAD et al., 2009). Dessa forma, neste estudo, optou-se por manter a questão com o mesmo texto, acrescentar a opção “sem registro” e inserir no instrutivo, notas explicativas sobre a conversão da estimativa da perda sanguínea.

A opção de resposta “Teve algum episódio de colapso ou desmaio?”, da questão Desde o parto a mulher teve: (tópico Hemorragia pós-parto), recebeu 58 pontos na Escala de *Likert* (máx=60). Dois enfermeiros avaliaram-na como pouco compreensível, uma vez que colapso é um termo muito abrangente e pode decorrer de múltiplas

causas. Assim, sugeriram a substituição de colapso por lipotímia, que foi acatada na versão final do instrumento (RUIZ, 2012).

A opção de resposta “infecção uterina”, da questão A mulher teve alguma das seguintes infecções desde o início do trabalho de parto, até 10 dias pós-parto? (tópico Infecção), recebeu 57 pontos na Escala de *Likert* (máx=60). Três enfermeiras avaliaram como pouco compreensível, visto que existem diversos tipos de infecção uterina, e a opção seria muito abrangente. A sugestão foi especificar o tipo de infecção uterina. No entanto, a alteração não foi realizada, uma vez que, o objetivo do instrumento é obter informações sobre os danos relacionados assistência à saúde, de forma rápida. A investigação detalhada de cada caso é deflagrada, a partir do diagnóstico feito pelo termômetro, e não por ele.

As opções de resposta “Sim. Esperada” e “Sim. Inesperada”, da questão O bebê precisou ser transferido/admitido em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal/Unidade Neonatal/UTI Neonatal? (tópico Bebê), recebeu 59 pontos na Escala de *Likert* (máx=60). Um enfermeiro sugeriu a substituição dos termos “esperada” e “inesperada” para prevista e imprevista, que são mais frequentemente utilizados no Brasil para expressar que havia previsão da necessidade de transferência ou não do bebê para uma unidade de cuidado neonatal. Embora só um enfermeiro tenha sugerido, a modificação foi aceita e inserida na versão final do instrumental, visto que culturalmente, os termos sugeridos são mais apropriados e facilitam a compreensão.

A questão “Alguma vez você foi separada do seu bebê?, do tópico Percepção da mulher sobre segurança, recebeu 59 pontos na Escala de *Likert* (máx=60). Uma enfermeira avaliou-a como pouco compreensível, e sugeriu que o termo separação fosse melhor definido. Conforme o *Maternity Safety Thermometer Guidance*, é considerada separação entre a mãe e o bebê toda situação em que a mãe e o bebê são afastados fisicamente, exceto aquela em que o bebê necessitou ser transferido para uma unidade neonatal. Portanto, embora somente uma enfermeira tenha sugerido a alteração, a questão foi modificada para “Alguma vez você foi separada do seu bebê, exceto se ele foi internado em uma Unidade Neonatal para receber o tratamento necessário?”, com vistas a melhorar o entendimento.

A questão “Você foi deixada sozinha pelos médicos/enfermeiras obstétricas/obstetizes em algum momento em que estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)?”, recebeu 57 pontos na Escala de *Likert* (máx=60). Três enfermeiros avaliaram-na como

pouco compreensível, uma vez que a puérpera, quando arguida, poderia compreender que o profissional teria que permanecer no leito em tempo integral. Portanto, sugeriram substituir “foi deixada sozinha” por “sem apoio”. No entanto, a questão deixa claro que a ausência do profissional, que ela enuncia, seria nos momentos em que a puérpera estava se sentindo preocupada, ou seja, em que havia uma necessidade não atendida. Além disso, no pré-teste com as 40 puérperas, 100% delas, compreenderam o sentido exato do questionamento. Assim, a alteração sugerida não foi realizada.

A questão “Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, você considera que foi levada a sério?”, recebeu 56 pontos na Escala de *Likert* (máx=60). Quatro enfermeiros avaliaram-na como pouco compreensível, uma vez que a puérpera, quando arguida, poderia não compreender, o que significa “ser levada a sério”, caso tivesse um baixo nível de escolaridade. Portanto, sugeriram substituir “considera que foi levada a sério” por “acha que foi ouvida”. No entanto, entende-se que ser ouvido e ser levado a sério são duas atitudes diferentes, sendo a segunda mais completa, visto que implica em além de ouvir, respeitar, esclarecer e atender o paciente em suas necessidades. Somado a isso, no pré-teste com as 40 puérperas, 100% delas, compreenderam o sentido exato do questionamento. Assim, a redação foi mantida.

A questão “Você gostaria de falar sobre alguma dessas questões com o médico/enfermeira obstétrica/obstetiz ou outro profissional?”, recebeu 57 pontos na Escala de *Likert* (máx=60). Três enfermeiros avaliaram-na como pouco compreensível, tendo em vista que a puérpera, quando arguida, poderia não compreender, de que “questões” estavam se tratando no questionamento. Entretanto, no pré-teste com as 40 puérperas, 100% delas, compreenderam o sentido exato do questionamento. Assim, a alteração sugerida, foi rejeitada.

A média de compreensão global, que compreende a avaliação, por meio da Escala de *Likert* (0 a 2) pelos 30 enfermeiros, de todos os tópicos, questões e opções de resposta da versão do instrumento submetida ao pré-teste, foi 1,97 (máx=2,0).

## CONCLUSÕES

A versão adaptada, o Termômetro de Segurança na Maternidade (**Apêndice**), mostra-se equivalente semântica, idiomática, cultural e conceitualmente, segundo a análise feita por 11 profissionais *experts*.

Quando submetido a validação de face, ou seja, da compreensão verbal, por puérperas (população alvo) e enfermeiros, o instrumento é considerado compreensível (média global de compreensão=1,97, máx=2,0).

O Termômetro de Segurança na Maternidade pode ser aplicado tanto nos serviços de saúde obstétricos, assim como na atenção primária à saúde (unidades de saúde da família, visitas domiciliares), casas de parto e centros de parto, visto que ele possibilita obter dados sobre a prevalência de danos (eventos adversos) maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica e o indicador composto assistência livre de danos. Sua utilização contribui para o diagnóstico de risco de danos e de resultados assistenciais, para o planejamento e execução de programas de segurança do paciente nesta área, que são metas internacionais, e, recentemente, assumidas nacionalmente por meio de legislações sanitárias específicas.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST. Patient safety in Obstetrics and Gynecology. **Committee opinion n° 477**. Washington , DC, 144, 2009. Disponível em: <<https://www.acog.org/~/media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Patient%20Safety%20and%20Quality%20Improvement/co447.pdf?dmc=1&ts=20140610T1311154099>>. Acesso em: 10 maio 2015.

BELLAD, M.B et al. Standardized Visual Estimation of Blood Loss during Vaginal Delivery with its correlation Hematocrit Changes-A Descriptive Study. **South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology**, v. 1, n. 1 p. 29-34, jan./apr. 2009.

CLARK, S.L. et al. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 199, n. 1, p. 36. e1-36. e5, 2008.

BEATON, D. et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures**. American Academy of Orthopaedic Surgeons, New York, 2002. 29p.

\_\_\_\_\_. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (Org). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF: ANVISA, 2013a. 172 p.168.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013b. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 02 abr. 2013b. seção i, p. 43. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/52582397/dou-secao-1-02-04-2013-pg-43>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013c. Seção I, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of clinical epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. **Psychological assessment**, v. 7, n. 3, p. 238, 1995.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of life Research**, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.



\_\_\_\_\_. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of Life Research**, v. 6, n. 3, p. 237-247, 1997

KOHN, L.Y.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: NAP, 2000. 312 p.

LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Sup. 30, S17-S32, 2014. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8763/1/Interven%C3%A7%C3%B5es%20obst%C3%A9tricas%20durante%20o%20trabalho.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing research**, v. 35, n. 6, p. 382-386, 1986.

MORRIS-THOMPSON, T. et al. Safety Express: a strategic health authority's approach. **British Journal of Nursing**, v. 21, n. 11, p. 677, 2012. Disponível em: <[http://harmfreecare.org/wp-content/files\\_mf/BJN\\_21\\_11\\_\\_677-683\\_SafetyExpress.pdf](http://harmfreecare.org/wp-content/files_mf/BJN_21_11__677-683_SafetyExpress.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2015.

NHS, 2014. Maternity Safety Thermometer Pilot Data 16/01/2014. Summary of participation and results.

PASQUALI, L. Psicometria. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.43 n. Esp, p. 992-999, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

POWER, M.; STEWART, K.; BROTHERTON, A. What is the NHS Safety Thermometer? **Clinical risk**, v. 18, n. 5, p. 163-169, 2012. Disponível em: <<http://cri.sagepub.com/content/18/5/163.full>> . Acesso em: 22 jan. 2015.

PRONOVOST, P. J. et al. Overview of progress in patient safety. Patient Safety Series. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**,

v. 204, n. 1, p. 5-10, 2011. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)02255-6/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)02255-6/fulltext)> . Acesso em: 24 jan. 2015.

RUIZ, M. T. **Análise da perda hemática durante o processo de parturição**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). **World alliance for patient safety**. Global patient safety challenge 2005-2006: clean care is safer care. Geneva: WHO, 2005. 35 p. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC\\_Launch\\_ENGLISH\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **The conceptual Framework for the international classification for patient safety** (version 1.1): Final technical report. Geneva, WHO, 2009. 154p. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf?ua=1)>. Acesso em: 12 out. 2013.



O BEBÊ PRECISOU SER TRANSFERIDO/ADMITIDO EM Unidade De Cuidado Intermediário Neonatal/Unidade Neonatal/UTI Neonatal?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Prevista <input type="checkbox"/> Sim - Imprevista
<b>PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE SEGURANÇA – PERGUNTAR À MULHER</b>	
Alguma vez você foi separada do seu bebê, exceto se ele foi internado em uma Unidade Neonatal para receber o tratamento necessário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você foi deixada sozinha pelos médicos/enfermeiras obstétricas/obstetrias em algum momento em que estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, você considera que foi levada a sério?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem preocupação
Você gostaria de falar sobre alguma questão com o médico/enfermeira obstétrica/obstetria ou outro profissional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>(Em caso afirmativo, favor referenciar a mulher para um ou médico/ enfermeira obstétrica/obstetria para dar seguimento).</i>
<b>NOTAS OPCIONAIS</b>	
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

**Fonte:** NHS. Versão adaptada do instrumento *Maternity Safety Thermometer* para o português do Brasil

### 5.3 MANUSCRITO 3 - APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO *MATERNITY SAFETY THERMOMETER*, ADAPTADO PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL, EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS DO RIO GRANDE DO NORTE

**Aplicação do instrumento *Maternity Safety Thermometer*, adaptado para o português do Brasil, em serviços obstétricos do Rio Grande do Norte**

**Application of the *Maternity Safety Thermometer*, adapted to Brazilian Portuguese, in obstetric uses in Rio Grande do Norte**

**Aplicación del instrumento *Maternity Safety Thermometer*, adaptado al portugués de Brasil, en servicios obstétricos de Rio Grande do Norte**

Cristiane Ribeiro de Melo  
Odaléa Maria Brüggemann

**Resumo:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que objetivou estimar a prevalência instantânea dos danos maternos e neonatais e o indicador *Harmfreecare* relacionados à assistência obstétrica, com a versão adaptada *Maternity Safety Thermometer* para o português brasileiro, denominado Termômetro de Segurança na Maternidade. Os dados foram coletados em duas maternidades universitárias e num Centro de Parto Normal do Rio Grande do Norte, em 2015, com 269 puérperas e 275 neonatos. Realizou-se análise descritiva e cálculo dos indicadores de danos. Do total, 54,6% mulheres tiveram parto normal, 3,7% foram admitidas em Unidade de Terapia Intensiva após o parto e 77,3% sofreu traumas perineais. A taxa de episiotomia foi 32,6%, de lacerações perineais severas 0,7%, de hemorragia pós-parto 1,5%, e de infecções 13,0%. O Apgar 5º minuto foi  $\leq 6$  em 1,1% neonatos, 14,9% internados em Unidade de Terapia Intensiva e foram 1,5% natimortos. Quanto à percepção da mulher sobre segurança, a separação mãe-bebê foi referida por 0,7%, ter sido deixada sozinha quando preocupada por 3,7% e não ter sido levada a sério ao expressar preocupações por 17,5% mulheres. O Termômetro da Segurança na Maternidade demonstrou-se apropriado para estimar a prevalência instantânea de danos.

**Descritores:** Eventos adversos, Obstetrícia, Segurança do paciente, Enfermagem obstétrica

---

**Abstract:** Descriptive study with a quantitative approach to assess the instantaneous prevalence of maternal and neonatal damage and the *Harmfreecare* indicator related to obstetric care, with the version *Maternity Safety Thermometer* adapted to Brazilian Portuguese, named Termômetro de Segurança na Maternidade. The data was collected at two university maternity hospitals and at a alongside birth center in Rio Grande do Norte in 2015, with 269 puerperal women and 275 newborns. A descriptive analysis and calculation of damage indicators was conducted. Of the total, 54.6% women had a natural birth, 3.7% were admitted to the Intensive Care Unit after the birth and 77.3% suffered perineal trauma. The rate of episiotomy was 32.6%, severe perineal tears was 0.7%, postpartum hemorrhage was 1.5%, and infections was 13.0%. Apgar 5<sup>th</sup> minute was  $\leq 6$  in 1.1% of newborns, 14.9% were admitted to the ICU and 1.5% were stillborn. Regarding the mother's perception on safety, mother-baby separation was reported by 0.7%, being left alone when worried was reported by 3.7% and not being taken seriously when expressing concerns was 17.5% of women. The Maternity Safety Thermometer was appropriate in the estimation of instantaneous prevalence of damage.

**Descriptors:** Adverse events, Obstetric, Patient safety, Obstetric nursing

---

**Resumen:** Estudio descriptivo, abordaje cuantitativo, objetivó estimar la prevalencia instantánea de daños maternos y neonatales y el indicador *Harmfreecare* relacionados a la asistencia obstétrica, con la versión adaptada *Maternity Safety Thermometer* al portugués brasileño, denominado Termômetro de Segurança na Maternidade. Los datos fueron recolectados en dos maternidades universitarias y en un Centro de Parto Normal de Rio Grande do Norte, en 2015, con 269 puérperas y 275 neonatos. Se realizó análisis descriptivo y cálculo de indicadores de daños. Del total, 54,6% mujeres tuvieron parto normal, 3,7% fueron admitidas en Unidad de Terapia Intensiva después del parto y 77,3% sufrieron traumas perineales. La tasa de episiotomía fue de 32,6%, de laceraciones perineales severas 0,7%, de hemorragia postparto 1,5%, y de infecciones 13,0%. El Apgar 5° minuto fue  $\leq 6$  en 1,1% de neonatos, 14,9% internados en Unidad de Terapia Intensiva y 1,5% natimueertos. Acerca de la percepción de la mujer sobre seguridad,

separación de madre-bebé fue referida por 0,7%, ser dejada sola estando preocupada por 3,7% y no ser tomada en serio al expresar preocupaciones por 17,5%. El Termómetro de Seguridad en Maternidad demostró ser apropiado para estimar prevalencia instantánea de daños.

**Descriptor:** Eventos adversos, Obstetricia, Seguridad del paciente, Enfermería obstétrica

---

## INTRODUÇÃO

O *Institute of Medicine* (IOM), dos Estados Unidos, introduziu a segurança do paciente como um dos seis atributos da qualidade da assistência, que se soma aos demais, efetividade, o foco no paciente, o acesso oportuno, a eficiência e a equidade. Para o IOM, a qualidade da assistência é definida como a medida com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter resultados desejados e consistentes com conhecimento profissional atualizado (IOM, 1998).

A segurança do paciente foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável (WHO, 2009), e tornou-se tema amplamente divulgado no mundo, desde que o IOM publicou o relatório *To err is human: building a safer health system*, em 1999. Por meio desse relatório ficou evidenciado que nos Estados Unidos, morriam entre 44.000 e 98.000 pacientes, em decorrência de danos evitáveis relacionados à assistência à saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Esse relatório baseou-se em dois estudos de avaliação de eventos adversos, de hospitais de Nova York, Utah e Colorado, nos quais, definiu-se evento adverso como dano causado pela assistência à saúde e não relacionado à doença de base, responsável pelo prolongamento da permanência do paciente ou pela incapacidade presente no paciente, na alta hospitalar. Considerando a menor estimativa, 44.000 mortes, os eventos adversos evitáveis superam as mortes decorrentes da aids, do câncer de mama e de atropelamentos no *ranking* de *causa mortis* (BRASIL, 2014).

Reconhecendo que os eventos adversos representam um desafio para a qualidade da assistência à saúde, causa de morte e de sofrimento humano expressiva e evitável, a OMS passou a recomendar desde 2002, que a segurança do paciente se torne um princípio fundamental de todos os sistemas de saúde (WHO, 2002).

Na área da obstetrícia, também observam-se iniciativas para a promoção de segurança do paciente, desde o início deste século, especialmente nos países desenvolvidos. Um exemplo disso foi a publicação de um manual que trata da melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), em 2001. Somado aos esforços empreendidos para identificar eventos adversos obstétricos evitáveis, as causas de morbimortalidade materna e para propor indicadores de segurança do paciente na área obstétrica por essa entidade (PRONOVOST et al., 2011).

Em 2009, o ACOG, por meio do *Committee on Patient Safety and Quality Improvement*, também estabeleceu objetivos para promover a segurança do paciente na área obstétrica e ginecológica. Dentre os quais destacam-se: estabelecer uma cultura de segurança do paciente; implementar práticas de medicação segura; reduzir a probabilidade de erros cirúrgicos; melhorar a comunicação entre profissionais da assistência à saúde e com pacientes; estabelecer parceria com pacientes para a melhoria da segurança e fazer da segurança do paciente uma prioridade na prática clínica (ACOG, 2009).

O interesse em mensurar a qualidade do atendimento em obstetrícia tem ganhado força e destaque, como foi evidenciado por websites americanos, entre eles o *California Hospital Assessment and Reporting Taskforce*, *Health Grade e*, *Childbirth Connection*. O tema foi foco de conferência organizada pelo *National Quality Forum* (NQF) (GREGORY et al., 2009). Nessa conferência foram propostos 18 indicadores, sendo quatro maternos: incidência de episiotomia, taxa de cesárea em nulíparas de risco habitual, uso de antibioticoprofilaxia em cesariana e profilaxia para trombose venosa profunda em pacientes submetida à cesariana. Outros quatro relacionados com processos assistenciais específicos do trabalho de parto (parto eletivo antes de 39 semanas completas de gestação, traumas de nascimento, uso adequado de esteróides pré-natais, assistência a prematuros prestada no nível adequado de atenção à saúde) e 10 indicadores são neonatais (GREGORY et al., 2009).

Para mensuração da qualidade em saúde e segurança do paciente em Obstetrícia, observa-se também uma tendência entre os pesquisadores, de defesa de utilização de indicadores compostos. Um exemplo desses, é o *Adverse Outcome Index* - AOI (Índice de Evento Adverso), método proposto pelo *National Perinatal Information Center/Quality Analytic Services*, para padronizar os resultados da



assistência obstétrica e documentar a melhoria da qualidade em processos assistenciais. O Índice foi desenhado para medir o volume e a magnitude de 10 eventos adversos que ocorrem durante o trabalho de parto e/ou parto (NPIC/QAS, 2015). Embora vantajosa, como uma ferramenta de pesquisa, o AOI tem a desvantagem de ser complicado para ser aplicado para a maior parte dos clínicos, sendo de difícil compreensão interpretação para a maioria das pacientes (GREGORY et al., 2009).

O *National Health Service* (NHS) da Inglaterra lançou o *Safety Express*, programa nacional com objetivo de melhorar a experiência do paciente com a assistência à saúde. Ele fomenta e incentiva os serviços de saúde a prevenir e minimizar os quatro dos principais danos (eventos adversos) relacionados à assistência à saúde da Inglaterra (úlceras por pressão, quedas, tromboembolismo venoso e infecções do trato urinário) (MORRIS-THOMPSON et al., 2012).

Para operacionalizar essa meta foi criado um sistema prático, objetivo e de baixo custo, para obtenção de dados mensais desses eventos adversos. Os dados poderiam ser coletados em todos os níveis de assistência e seriam usados na produção de indicadores de segurança do paciente e qualidade da assistência. Assim, entre julho de 2010 e dezembro 2011, desenvolveu-se e implementou-se o *Safety Thermometer*, na versão Clássica (POWER et al., 2014).

Em 2012, deu-se início a elaboração da versão *Maternity Safety Thermometer*, que também foi projetada para fornecer dados a serem usados na elaboração de indicadores de prevalência instantânea de danos e do indicador composto *Harmfreecare*, considerando os seguintes princípios: validade clínica, eficiência, equidade, oportunidade, foco no paciente, foco no dano e facilidade de agregar (POWER et al., 2014). Essa ferramenta, não tem a proposta de viabilizar uma medida abrangente de danos (eventos adversos), mas fornecer uma “checagem da temperatura”, como um sistema de mensuração local, por isso o termo “termômetro” (POWER et al., 2014). Os dados obtidos pelo *Maternity Safety Thermometer* do NHS possibilitam a identificação do foco a ser explorado pelo serviço de saúde, para a promoção da educação em saúde e da melhoria da segurança do paciente (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012).

Entretanto, além de permitir a identificação dos eventos adversos, o *Maternity Safety Thermometer* possibilita a identificação dos pacientes que foram protegidos desses eventos enquanto recebiam assistência à saúde. Essa possibilidade foi proposta por meio do indicador composto

Assistência Livre de Danos (*Harmfreecare*), definido como a ausência de todos os danos identificados pelo *Maternity Safety Thermometer* (BUCKLEY et al., 2014).

Considerando as vantagens dessa ferramenta e a carência de dados e indicadores propostos para avaliar a segurança do paciente e a qualidade da assistência na área obstétrica no Brasil, recentemente, o *Maternity Safety Thermometer* foi submetido ao processo de adaptação transcultural para o português do Brasil. A versão adaptada foi denominada Termômetro de Segurança na Maternidade e está organizada em seis tópicos: 1. Local e tipo de parto (10 questões); 2. Trauma Perineal/Incisão Cirúrgica Abdominal (uma questão); 3. Hemorragia Pós-parto (duas questões); 4. Infecção (uma questão); 5. Bebê (duas questões); e 6. Percepção da mulher sobre segurança (quatro questões), uma nota de orientação para o coletador dos dados, e por último há um espaço disponível para anotações - 6. Notas opcionais (MELO, 2015).

No cenário de segurança do paciente na Obstetrícia, muitas são as expectativas de melhoria, a partir de 2000, quando foram firmados os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). No objetivo 4 foi estabelecido como meta reduzir em dois terços, a mortalidade de crianças menores de cinco anos, entre os anos de 1990 e 2015 (ODM, 2010). O Brasil apresentava em 1990, uma taxa de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos, em crianças menores de um ano. Em 2011 essa taxa caiu para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, totalizando uma queda aproximada de 67,5% (IDB, 2012), atingindo as metas estabelecidas pela ONU (ODM, 2010). No objetivo 5 foi estabelecido como meta de reduzir em três quartos (75%) a mortalidade materna até o ano de 2015 (ODM, 2010). No Brasil, embora a razão de mortalidade materna (RMM) tenha apresentado uma redução considerável, passando de 140 mortes maternas para 66,5 por 100.000 nascidos vivos (IDB, 2012), ainda não atingiu a meta estabelecida (ODM, 2010).

Fica evidente o caráter de emergência que existe, especialmente no Brasil, de desenvolver e implementar ações concretas de segurança do paciente para a melhoria da qualidade assistencial, de acordo com a realidade e as necessidades de cada serviço de saúde, conforme preconizam as legislações sanitárias que tratam da instituição da política nacional de segurança do paciente, a Portaria N<sup>o</sup>. 529/2013 e a RDC N<sup>o</sup>. 36/2013 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

No entanto, observa-se que a falta de informações confiáveis sobre a segurança e a qualidade da assistência dificulta a melhoria da

qualidade e segurança do paciente em todo o mundo (VINCENT et al., 2008; POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012). Existe uma expressiva lacuna de dados sistematizados sobre segurança do paciente, eventos adversos mais comuns e epidemiologicamente relevantes na saúde, incluindo a obstetrícia, embora o parto seja a principal causa de admissão hospitalar nos EUA, segundo dados da *California Healthcare Foundation* (CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION). E no Brasil, essa realidade é semelhante e perceptível.

Considerando, portanto esse cenário, o presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência instantânea dos danos (eventos adversos) maternos e neonatais e o indicador composto assistência livre de danos relacionados à assistência obstétrica por meio da versão adaptada transculturalmente do instrumento *Maternity Safety Thermometer* para o português do Brasil, denominado Termômetro de Segurança na Maternidade.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, mediante a aplicação em campo do instrumento submetido ao processo de adaptação transcultural para o português do Brasil, denominado **Termômetro de Segurança na Maternidade**, com o objetivo de obter os dados para o cálculo da prevalência instantânea dos danos (eventos adversos) relacionados à assistência à maternidade e do indicador composto assistência livre de danos, ambos sugeridos e formulados pelo NHS da Inglaterra (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012).

Foi realizado em unidades de assistência pós-parto de três serviços de atenção obstétrica do estado do Rio Grande do Norte. O Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), que é materno-infantil, de média complexidade, integrante do complexo hospitalar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) que realiza uma média de 170 partos e cesarianas por mês. A Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), de alta complexidade, também do complexo hospitalar da UFRN, que atende cerca de 350 partos e cesarianas por mês. E o Centro de Parto Normal (CPN) da Maternidade Felipe Camarão, da rede municipal de saúde de Natal, que assiste em média 80 partos por mês.

Foram incluídas puérperas de parto, independente da via ou cesariana, independente do número de partos anteriores, internadas em qualquer fase do puerpério, exceto aquelas com menos de 12 horas pós-

parto, tendo em vista a dificuldade de responder os questionamentos devido o desgaste físico e emocional e a interferência de emoções próprias deste período, assim como a baixa probabilidade de identificar danos (eventos adversos) nesta janela de tempo. Foram incluídos seus recém-nascidos, uma vez que o instrumento levanta informações sobre danos (eventos adversos) sofridos por eles.

A amostra foi composta por 269 puérperas e 275 recém-nascidos, pois ocorreram seis partos gemelares. A amostra utilizada corresponde a aproximadamente 50% do total de partos e cesarianas, realizado, mensalmente, nas três maternidades, onde foram coletados os dados. A distribuição se deu da seguinte forma: 129 puérperas e 135 recém-nascidos na MEJC, 100 puérperas e 100 recém-nascidos no HUAB e 40 puérperas e 40 recém-nascidos no CPN da Maternidade de Felipe Camarão.

As variáveis do estudo são àquelas contidas nos seis tópicos do Termômetro de Segurança na Maternidade, e consistem essencialmente em sete danos (eventos adversos): infecção materna, trauma perineal, hemorragia pós-parto, escore Apgar de bebês a termo, necessidade de tratamento especializado pelos bebês a termo, separação entre a mãe e o bebê e dano psicossocial; dados demográficos, da gestação e do parto.

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2015, após o pré-teste do instrumento, por uma das pesquisadoras e sete alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN, que foram treinadas e supervisionadas. Nos dias em que se deu a coleta, as coletadoras se dirigiram a todas as unidades do local de pesquisa, onde estavam internadas as puérperas e/ou os seus recém-nascidos. As puérperas foram selecionadas a partir do censo de internação, conforme os critérios de inclusão. Em cada dia de coleta, todas as elegíveis foram convidadas a participar da pesquisa, portanto, e tiveram a mesma chance de serem incluídas. O instrumento foi aplicado mediante entrevista e consulta do prontuário da puérpera e de seu recém-nascido. Quando não havia informações suficientes nos prontuários, também foram feitas consultas no cartão da gestante e/ou na caderneta da criança.

Os dados coletados na aplicação do instrumento adaptado foram tratados nos softwares IBM® SPSS Statistics, versão 19 e Microsoft® Excel versão 2013. Foram calculadas estatísticas descritivas (frequência absoluta e relativa) para os dados sociodemográficos. E para as informações sobre o parto foram calculados os indicadores maternos e neonatais (Quadro 1), conforme recomendações do NHS.

Foram respeitados os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos preconizados pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/UFRN, Parecer nº 828.485. Todas as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização das puérperas**

No total participaram do estudo 269 puérperas e 275 recém-nascidos, uma vez que seis partos foram gemelares. Quanto ao local da pesquisa, 229 coletas (85,5%) ocorreram em hospital, das quais 129 (48,0%) foram na MEJC e 100 (37,2%) no HUAB e 40 (14,5%) no CPN da Maternidade Felipe Camarão.

A maioria das puérperas (55,4%) autodeclararam ser cor de pele parda, falavam português (99,6%), e estavam na faixa etária entre 20 e 34 anos (57,6%).

Quanto à faixa etária, os dados obtidos são similares aos encontrados por Souza e colaboradores (2015) em estudo realizado em Fortaleza no Ceará e ao de Inagaki e colaboradores (2014) realizado em duas maternidades de Aracaju em Sergipe com predomínio de puérperas entre 20 e 34 anos (52,78%) e 20 e 35 anos (67,3%), respectivamente.

A gestação única foi predominante, 263 (97,8%). Na admissão para o parto, 81 (30,1%) puérperas apresentavam Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 25 e 29,9 e 69 (25,7%) entre 18,6 e 24,9. O IMC é um indicador básico utilizado no diagnóstico do estado nutricional gestacional, uma vez que proporciona a identificação do risco nutricional nesta população, principalmente, da obesidade materna (BRASIL, 2005). A obesidade faz com que a gestação seja considerada de alto risco e é um fator relacionado com o aumento do risco de complicações e danos puerperais, como infecções, pré-eclâmpsia, diabetes mellitus, macrosomia fetal, tromboembolismo venoso, cesárias e distócias (GUNATILAKE, PERLOW, 2011; JARVIE, RAMSEY, 2010).

No entanto, o uso do IMC para avaliação do estado nutricional durante a gestação difere da situação em que a mulher não é gestante. No Brasil, inexistente uma curva de referência brasileira de medidas de IMC relacionada à idade gestacional. Dessa forma, recomenda-se o uso

da curva de Atalah e colaboradores (1997), elaborada para gestantes chilenas. Conforme esta curva, o estado nutricional da gestante é classificado em relação à idade gestacional em: baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade.

Considerando, portanto, a curva de Atalah e colaboradores (1997), no presente estudo, predominaram os estados nutricionais, adequado e sobrepeso, de acordo com a idade gestacional apresentada naquele momento. Esses resultados se assemelham aos identificados por Paiva e colaboradores (2012), em um estudo que teve como objetivo verificar a influência do estado nutricional materno no final da gravidez na ocorrência de complicações puerperais em gestantes de alto risco, no qual predominou o estado nutricional baixo peso/adequado (181), seguido de sobrepeso (90).

A maioria das puérperas tinha idade gestacional entre 39 e 42 semanas no dia do nascimento do bebê (61,0%), e incluindo o parto, que foi objeto deste estudo, a maior parte era primípara (45,4%), ou seja, mulheres sem parto anteriores, seguidas das que haviam tido dois partos (29,4%).

### **Dados sobre o parto/nascimento**

Em relação ao local de nascimento do bebê, a maior parte, ocorreu no Centro Cirúrgico (45,3%), seguido do Centro Obstétrico (39,4%) e do CPN peri-hospitalar (14,5%).

Quanto ao tipo de parto, 147 (54,6%) foram vaginais, dos quais 146 (54,3%) ocorreram sem uso de instrumentação, e foram realizadas 122 (45,3%) cesarianas. A prevalência de cesarianas foi pelo menos três vezes superior ao recomendado pela OMS (1985), que afirma não existir nenhuma justificativa para que qualquer país possua taxas de cesarianas superiores a 10-15%. A taxa de cesariana do Brasil é uma das mais altas do mundo (VILLAR et al., 2006).

Em outros estudos brasileiros foram encontradas prevalências de cesarianas muito elevadas. A pesquisa Nascer no Brasil encontrou uma prevalência geral de cesariana de 51,9%, sendo que mesmo entre as mulheres de risco obstétrico habitual, o percentual foi de 45,5% (LEAL et al., 2014). A prevalência de cesarianas encontrada por Inagaki e colaboradores (2014) em maternidades referência de Aracaju, em Sergipe foi de 40,5%. No entanto, pesquisa realizada em uma maternidade universitária do interior de São Paulo, que assiste mulheres de baixo risco obstétrico, a taxa de cesariana foi de 23,0%, muito

inferior à do presente estudo (SANCHES; MAMEDE; VIVANCOS, 2012).

A admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) obstétrica após o parto ocorreu em 10 (3,7%) puérperas, todas submetidas a cesarianas. Segundo Nogueira, Reis e Reis (2001) as causas para admissão de gestantes e puérperas em UTI, são classificadas em obstetrias e causas não obstétricas. Dentre as obstétricas, destacam-se a doença hipertensiva específica da gestação, embolia causada por líquido amniótico, hemorragias obstétricas e sepse.

Segundo o estudo realizado por Amorim e colaboradores (2006), na Maternidade do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP) em Recife, Pernambuco, as admissões em UTI corresponderam a 16,2% das ocorrências obstétricas do período de setembro de 2002 a fevereiro de 2005, sendo que 86,6% delas ocorreram no pós-parto e 12,4% durante a gestação.

No estudo realizado em um Hospital Materno Infantil de Goiânia, que avaliou os aspectos epidemiológicos relacionados ao parto de gestantes e puérperas transferidas para UTI de três anos, admissões houve 86 transferências para UTI, sendo que 81,4% no período puerperal (Viaggiano et al., 2004).

### **Danos maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica**

A prevalência dos danos (eventos adversos) maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica nas três instituições estudadas são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição de danos (eventos adversos) maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica em serviços obstétricos. Rio Grande do Norte, Brasil, 2015 (N=269 puérperas; 275 recém-nascidos).

Danos	Local da pesquisa			Total N (%)
	MEJC N (%)	HUAB N (%)	MFC N (%)	
<b>Trauma perineal</b>				
Lacerações 1º grau	14 (0,8%)	15 (15,0%)	4 (10,0%)	33 (12,3%)
Lacerações 2º grau	3 (2,3%)	1 (1,0%)	-	4 (1,5%)
Lacerações 3º/4º grau	-	1 (1,0%)	-	1 (0,4%)
Episiotomia	26 (20,1%)	11(11,0%)	11(27,5%)	48 (17,8%)
<b>Incisão cirúrgica abdominal</b>				
Cesária	83 (64,3%)	39 (39,0%)	-	122 (45,3%)
Outras, exceto cesária	-	-	-	-
<b>Hemorragia pós-parto</b>				
Perda sanguínea estimada>1000ml	3 (2,3%)	-	-	3 (1,1%)
Sem registro	126 (97,7%)	100 (100%)	40 (100%)	266 (98,9%)
Episódios de lipotímia ou desmaio	19 (14,7%)	2 (2,0%)	1 (2,5%)	22 (8,2%)
Transfusão sanguínea	4 (3,1%)	-	-	4 (1,5%)
<b>Infecção<sup>1</sup></b>				
Infecção do trato urinário	19 (14,7%)	6 (6,0%)	4 (10,0%)	29 (10,8%)
Infecção cirúrgica da cesária/incisão cirúrgica abdominal <sup>2</sup>	3 (3,61%)	-	-	3 (1,1%)
Mastite	-	-	-	-
Infecção uterina	4 (3,1%)	-	-	4 (1,5%)
Infecção do trauma perineal	-	-	-	-
Outras <sup>3</sup>	1 (0,8%)	-	-	1 (0,8%)
<b>Bebê<sup>4</sup></b>				
Apgar no 5º minuto de vida ≤ 6	5 <sup>5</sup> (3,7%)	2 <sup>5</sup> (2,0%)	-	7 (2,5%)
Apgar não registrado	1 (0,7%)	9 (9,0%)	1 (2,5%)	11 (4,0%)
Necessidade de transferir o bebê para unidade neonatal <sup>6</sup>	33 (24,7%)	8 (8,0%)	-	41 (14,9%)
Sim, prevista	14 (10,3%)	3 (3,0%)	-	17 <sup>6</sup> (41,5%)
Sim, imprevista	19 (14,1%)	5 (5,0%)	-	24 <sup>6</sup> (58,5%)
<b>Percepção da mulher sobre segurança</b>				
Separação entre mãe e bebê	1 (0,8%)	1 (1,0%)	-	2 (0,7%)
Deixada sozinha no TP ou parto, quando estava se sentindo preocupada	9 (7,0%)	1 (1,0%)	-	10 (3,7%)
Se expressou preocupação sobre segurança, <u>não</u> considera que foi levada a sério	28 (21,7%)	18 (18,0%)	1 (2,5%)	47 (17,5%)
<b>Assistência Livre de Danos</b>	<b>5 (3,9%)</b>	<b>26 (26,0%)</b>	<b>19 (47,5%)</b>	<b>50 (18,6%)</b>



<sup>1</sup>Foram 37 infecções em 35 puérperas; <sup>2</sup>O denominador usado foi o total de cirurgias; <sup>3</sup>Foi identificada uma flebite infecciosa; <sup>4</sup> O n usado foi 135 recém-nascidos; <sup>5</sup>Houve 03 natimortos na MEJC e 01no HUAB; <sup>6</sup> O total de transferências para unidades neonatais foi subdividido em prevista e imprevista.

Quanto aos danos (eventos adversos) maternos relacionados à assistência obstétrica, a maioria das puérperas (77,3%) foi exposta a traumas perineais e/ou incisões cirúrgicas abdominais, sendo que 122 (45,4%) delas foram submetidas à cesariana. Dentre as mulheres que tiveram parto vaginal, 48 (32,6%) foram submetidas à episiotomia, 33 (22,4%) sofreram lacerações perineais de 1º grau, quatro (2,7%) de 2º grau e uma (0,7%) de 3º/4º grau. Vale ressaltar que 22,9% das episiotomias foram realizadas na Maternidade de Felipe Camarão, que é um CPN (Tabela 1).

Neste estudo, entende-se por trauma perineal as lacerações severas (3º e 4º grau) e as episiotomias rotineiras, quando não houve indicação. Quanto à classificação, nas de 1º grau, somente a pele ou a mucosa são atingidos; de 2º, os feixes musculares sofrerem rupturas; 3º grau, a lesão acomete o esfíncter anal e quando abrange a mucosa do reto, as lacerações são denominadas de 4º grau (KETTLE, 2005 apud CACORI, 2014).

A episiotomia surgiu inicialmente por Ould, em 1741 com o intuito de prevenir lacerações perineais de 3º e 4º graus. Sua indicação era restrita e criteriosa. Entretanto, desde o século XX a prática rotineira dessa intervenção obstétrica começou a ser difundida (MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007). A OMS recomenda a prevalência de 10% de episiotomias, como meta a ser adota pelos países. Estimativas brasileiras da década de 2000 apontam que, em 71,6% dos partos vaginais foi utilizada a episiotomia (LAGO; LIMA, 2009).

As indicações da episiotomia são: sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e risco iminente de laceração de 3º grau, incluindo laceração de 3º grau em parto anterior (WHO, 1996).

A prevalência de episiotomia e lacerações perineais em outros estudos realizados no Brasil são semelhantes à encontrada no presente estudo. No entanto, os dados encontrados confirmam que essa intervenção é utilizada com uma frequência três vezes superior, a que é recomendada pela OMS. Em estudo realizado em uma maternidade universitária de Pernambuco, a prevalência de episiotomia foi de 29,1% e 34,9% lacerações de 1º e 2º graus (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010); em uma maternidade pública do Rio de Janeiro a

prevalência de episiotomias foi de 43,3% e de lacerações perineais foi 21,6%, dentre as quais predominaram as de 1º grau, mas diferente da pesquisa atual, não foram identificadas lacerações graves e severas (3º e 4º grau) (PEREIRA et al. 2012).

No que se refere aos resultados em mulheres atendidas em CPN, estudo realizado em São Paulo identificou uma prevalência de episiotomias de 25,7% e de 7,5% de lacerações de 2º grau (SCHNECK et al. 2012). Em outra pesquisa conduzida no Rio de Janeiro, a prevalência de episiotomias foi de apenas 2,4%, sendo que predominaram as lacerações perineais de 1º grau, 289 (63,0%) e de 2º grau 57 (12,4%) (PEREIRA et al. 2013).

Em relação à prevalência de episiotomia em CPN no presente estudo, observa-se que se assemelhou à encontrada em São Paulo (SCHNECK et al., 2012) e foi quase 10 vezes maior do que a encontrada no Rio de Janeiro (PEREIRA et al., 2013). Esse dado evidencia que a episiotomia tem sido uma intervenção utilizada excessivamente, na rotina assistencial ao parto vaginal, mesmo em serviços que atendem parturientes de baixo risco, que em sua maioria não tem indicação de uso desse procedimento.

Em relação à hemorragia pós-parto, três (1,1%) puérperas tiveram perda sanguínea estimada superior a 1.000ml. No entanto, é importante destacar que não havia registro sobre a estimativa da perda sanguínea de 266 (98,9%) puérperas, o que parece ser uma prática nas maternidades estudadas. A proporção de puérperas que tiveram hemorragia pós-parto seguida de complicações e/ou tratamento implementado foi de 10,4%, sendo que 22 (8,2%) tiveram lipotimia ou desmaio, quatro (1,5%) receberam transfusão sanguínea e quatro (1,5%) apresentaram resultado de Hemoglobina inferior a 7,0g% (Tabela 1).

A hemorragia pós-parto foi definida pela OMS como perda sanguínea igual ou superior a 500ml, ocorrida nas primeiras 24 horas após o parto. Dados recentes da OMS evidenciam que esta é a principal causa de morte materna em países de baixa renda e a causa primária de aproximadamente 25% de todas as mortes maternas no nível global (OMS, 2014).

A avaliação visual da perda sanguínea é um método de baixa acurácia, visto que os estudos evidenciam que há uma tendência a superestimar valores baixos e subestimar valores maiores. Essa avaliação imprecisa contribui para atrasar o diagnóstico e o tratamento da hemorragia pós-parto, favorecendo a ocorrência de eventos adversos evitáveis (STAFFORD et al., 2008).

No estudo desenvolvido em uma maternidade de Luisiana, Estados Unidos, no qual se comparou o uso da avaliação da perda sanguínea visual, baseada na observação subjetiva de cada profissional de saúde com avaliação da perda sanguínea calculada – que se baseia no cálculo que utiliza medidas de peso, altura e resultados de hematócrito pré e pós-parto da puérpera, foi evidenciado diferenças significativas entre esses métodos de avaliação. Em 677 mulheres avaliadas, 231 (34,1%) submetidas à cesárea, 25 (3,7%) a parto vaginal cirúrgico (com instrumentação) e 421 (62,2%) a parto vaginal espontâneo, a estimativa da perda sanguínea visual foi de 800ml, 300ml e 250ml, respectivamente, enquanto a estimativa da perda sanguínea calculada foi de 818ml, 728ml e 574ml, respectivamente. Portanto, a estimativa da perda sanguínea visual foi significativamente subestimada para partos vaginais espontâneos e mais ainda o parto vaginal cirúrgico (STAFFORD et al. 2008).

No entanto, segundo Bellad e colaboradores (2009), o padrão atual de avaliação da perda sanguínea pós-parto é estimativa visual pelo profissional de saúde. Embora apresente limitações decorrentes da observação e análise subjetivas do profissional, essa é uma prática simples, não invasiva, que demanda pouco esforço e de baixo custo, muito útil para detectar perda sanguínea excessiva em locais que dispõe de poucos recursos. A OMS, por meio das recomendações para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto publicadas em 2014, declarou que “não há evidência suficiente para recomendar a medição da perda de sangue em detrimento da estimativa clínica da perda de sangue” (OMS, 2014, p. 23).

Ensaio clínico controlado com o objetivo de melhorar a precisão da estimativa visual da perda sanguínea, por meio da padronização de recipientes, gazes e compressas de tamanho padrão, usados na coleta do sangue perdido, foi realizado em um hospital universitário da Índia. A estimativa visual foi correlacionada com alterações do hematócrito para avaliar a precisão deste método. Foram incluídas 250 mulheres, das quais 128 (51,2%) tiveram perda sanguínea estimada pelo método padronizado <200ml, 94 (37,6%) de 200-499ml, 26 (10,4%) de 500-1000ml e duas (0,8%) > 1000ml e a incidência de hemorragia pós-parto foi de 11,2%, considerando como hemorragia quando a perda foi igual ou superior que 500ml. Na correlação da perda sanguínea estimada com a hemoglobina (Hb), detectou-se que em mulheres com perda < 200ml os resultados da Hb foram 11,14g%, 10,52g% e 9,93%, no pré-parto, 1º dia pós-parto e 3º dia pós-parto, respectivamente; entre 201-500ml, a Hb

foi 11,23g%, 10,62g% e 9,83%, no pré-parto, 1º dia pós-parto e 3º dia pós-parto, respectivamente; >500ml a Hb foi 11,29g%, 10,1g% e 9,13%, no pré-parto, 1º dia pós-parto e 3º dia pós-parto, respectivamente. Assim, os autores concluíram que o método visual padronizado para estimativa da perda sanguínea, detectou a perda > 500ml em 11,2% das mulheres. As alterações hematológicas no pós-parto correlacionaram-se bem com o volume sanguíneo perdido estimado. Portanto, padronizar o método visual, utilizando recipiente coletor graduado padrão e compressas de gazes, associado ao treinamento do observador responsável pela estimativa, aumentam a precisão da estimativa (BELLAD et al., 2009).

No Brasil, o estudo que analisou a hemorragia no parto vaginal através da hemoglobina e hematócrito, em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, em São Paulo, o valor da Hb variou de 9,9 g/dl a 15,6 g/dl e do hematócrito de 30% a 49%, no momento da admissão para o parto, Hb variou de 6 g/dl a 13,9 g/dl e o hematócrito de 20% a 43%, na alta hospitalar; Hb variou de 7,9 g/dl e 14,8 g/dl e o hematócrito de 24% a 44%, no retorno puerperal. Houve maior redução da Hb nos partos a Fórceps em relação aos demais tipos de parto e a menor redução da Hb ocorreu nos partos vaginais espontâneos sem episiotomia (GABRIELLONI et al., 2014).

Em outro estudo também realizado em São Paulo que avaliou a perda hemática durante o processo de parturição, em uma unidade de Obstetrícia de um hospital de ensino, foram evidenciadas variações da Hb e Hematócrito: 12,2g/dL e 37,1%, 11,9g/dL e 36,5%, 10,4g/dL e 31,7%, no pré-natal, admissão para o parto e 48 horas após o parto, respectivamente. Dentre as complicações presentes no puerpério, 14% das mulheres apresentaram lipotimia, 14% necessitaram de suplemento férrico, em 4% foi visualizado sangramento em média quantidade e 3% em grande quantidade e 3% necessitou de transfusão sanguínea (RUIZ, 2012).

No presente estudo, evidenciou-se uma proporção de hemorragia pós-parto inferior à estimativa mundial. Entretanto, o percentual de hemorragia com perda sanguínea estimada superior a 1000ml foi semelhante aos achados da Índia (BELLAD et al., 2009). No Brasil, a estimativa da perda sanguínea em volume (mililitros), parece ser pouco utilizada, visto que os dados do presente estudo comprovam que em 98,9% dos prontuários das mulheres não havia nenhum registro sobre essa estimativa. Os profissionais de saúde registraram informações qualitativas, sobre o aspecto do sangramento, mas não sobre a

quantidade, o que sugere que é necessário difundir a importância dessa prática e capacitar os profissionais para utilizá-la, uma vez que pode ser útil na detecção e tratamento precoce da hemorragia, e na prevenção de eventos adversos evitáveis. Além disso, essa é uma prática fácil e de baixo custo, o que, provavelmente, favorece a sua utilização.

No momento da coleta de dados, 35 (13,0%) puérperas haviam apresentado algum tipo de infecção entre o início do trabalho de parto até o momento da coleta de dados (Tabela 1). No total foram 37 infecções nas 35 puérperas acometidas, sendo 29 (10,8%) infecções do trato urinário, e três (1,1%) infecções cirúrgicas decorrentes de cesarianas. No entanto, é importante ressaltar, que as puérperas investigadas se encontravam com menos de cinco de dias de puerpério.

A infecção puerperal, conforme o *Center for Disease and Control* (CDC) dos Estados Unidos, é definida como uma situação em que há presença de microorganismo na cavidade uterina, associada à temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  no puerpério mediato, exceto no 1º dia pós-parto, taquicardia consistente e súbita, drenagem de pus proveniente do útero e dor abdominal acompanhada de hipersensibilidade, amolecimento e hipoinvolução uterina (HORAN; ANDRUS; DUDECK, 2008).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Brasil define infecção do sítio cirúrgico, como aquelas relacionadas aos procedimentos cirúrgicos, classificadas, conforme os planos acometidos, em superficial, profunda e de órgão/cavidade, que acontecem nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até um ano depois, quando houver implante de próteses. Os principais sinais e sintomas usados como critérios para diagnosticar essa infecção são: drenagem purulenta, sinais flogísticos da incisão associados à cultura positiva de fragmento tecidual coletado assepticamente e temperatura axilar  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$  (ANVISA, 2009). A ANVISA (2010) recomenda que a vigilância epidemiológica nos serviços de saúde municipais e estaduais priorize a notificação de taxas de infecção em cesarianas.

Segundo o estudo realizado em Hospital Geral Universitário de Cuiabá, ocorreram 20 casos de infecção puerperal em um período de seis meses de coleta, dos quais 90% havia sido submetidas a cesária e 70% permaneceram internadas por mais de 48 horas após o parto. Limitações importantes deste estudo foram não ter referido a definição de infecção puerperal adotada e quantos partos aconteceram no período da coleta (TOLEDO; SILVEIRA, 2006).

Outro estudo conduzido em Fortaleza, que caracterizou os casos de infecção de ferida operatória após cesárea, ocorridos entre 2008 e

2010 em um hospital público, identificou 51 casos de infecção puerperal, sendo que analisou 46 casos, devido ausência de dados importantes nas fichas de notificação da infecção. Desses, 45 apresentaram drenagem purulenta e fétida e febre, 31 foram de infecções cirúrgicas superficiais, 10 infecções profundas e cinco infecções de órgão/cavidade. O estudo não mencionam quantos partos foram realizados no período da coleta (CRUZ et al. 2013).

Guimarães, Chianca e Oliveira (2007) analisaram os resultados das mulheres assistidas em uma maternidade pública municipal de Goiânia, Goiás, no período de setembro de 2000 a julho de 2003. Foram selecionadas 5.203 pacientes, que tiveram a experiência do parto humanizado, das quais 147 (2,92%) desenvolveram infecção puerperal, segundo os critérios definidos pelo CDC. Desses, 74 (50,3%) ocorreram em pacientes submetidas à cesária, por isso foram considerados como infecção de sítio cirúrgico, dentre as quais 57 (77%) foram superficiais, 14 (19%) profundas e três (4,0%) de órgão/cavidade. Todos os casos de infecção puerperal ocorreram após a alta das pacientes, entre o 5º e o 26º dia após a alta hospitalar (100%).

Machado e Praça (2005) ao avaliarem a ocorrência de infecção puerperal em um CPN de São Paulo entre 10.559 partos normais assistidos por enfermeiras obstetras janeiro de 2000 a janeiro de 2003, identificaram 17 puérperas (0,16%) com infecção puerperal, diagnosticadas após a alta, em reinternação no hospital de referência do centro de parto. De todas as variáveis analisadas, apenas o tempo de trabalho de tempo foi fator de risco associado estatisticamente com infecção puerperal.

Embora no presente estudo, o indicador de infecção materna inclua todos os tipos de infecção apresentadas pela puérpera do início do trabalho de parto até 10 dias de puerpério, divergindo da definição de infecção puerperal adotada nos estudos apresentados, foi possível observar uma prevalência de 2,45% de infecção cirúrgica decorrente de cesária, nos primeiros dias de puerpério (até cinco dias) e uma prevalência de infecção uterina de 1,5%. Esses dados são preocupantes, haja vista que esses eventos adversos, na maioria das vezes, manifestam-se mais tardiamente, após a alta da paciente, conforme os dados encontrados em Goiânia (GUIMARÃES; CHIANCA; OLIVEIRA, 2007) e na grande São Paulo (MACHADO; PRAÇA, 2005).

Essa é uma das importantes vantagens do uso do Termômetro de Segurança na Maternidade, identificar a prevalência instantânea de danos excessivamente elevados, que precisam ser investigados com

mais profundidade. Esses dados servem de base para que sejam adotadas condutas de resolução ou minimização dos fatores causais, prevenindo a ocorrência de novos casos de eventos adversos evitáveis.

O escore de Apgar em bebês a termo no 5º minuto de vida, foi  $\leq 6$ , em somente três bebês (1,1%), no entanto, vale ressaltar que quatro bebês (1,5%) foram natimortos e em 11 (4,0%) não foi encontrado registro. A necessidade de transferência de bebês para unidades neonatais ocorreu em 41 bebês (14,9%), sendo que era prevista para 17 (41,5%) e era imprevisível para 24 (58,5%) (Tabela 1).

O escore de Apgar é frequentemente utilizado para avaliar, por meio das condições de vitalidade, a adaptação imediata do recém-nascido à vida extra-uterina. Quando o Apgar no 5º minuto após o nascimento é  $<7$ , há uma indicação de que o neonato não está se adaptando ao ambiente extra-uterino, por isso é importante indicador de avaliação da assistência. No entanto, esse resultado é inespecífico para qualquer condição e pode refletir anomalia congênita, prematuridade, infecção perinatal, efeitos de drogas administradas à mãe durante alívio da dor ou anestesia, reanimação ineficaz ou hipóxia prolongada antes do nascimento (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2013).

Em estudo realizado por Pereira e colaboradores (2012) em uma maternidade pública da cidade do Rio de Janeiro, dentre 171 neonatos, nascidos de parto normal com idade gestacional entre 37 e 41 semanas e peso entre 2500g e 4000g, gestação única de puérperas sem morbidades clínicas e/ou obstétrica, não houve recém-nascido com Apgar  $< 7$  no 5º minuto de vida.

No inquérito nacional de base hospitalar, Nascer no Brasil, dentre 23.120 nascidos vivos avaliados, 216 (0,93%) apresentaram escore de Apgar  $< 7$  no 5º minuto de vida (LANSKY et al., 2014).

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em um CPN peri-hospitalar em Belo Horizonte, Minas Gerais. Dentre 2117 neonatos, 21 (1,0%) apresentaram escore de Apgar  $< 7$  no 5º minuto de vida e 1,2% dos recém-nascidos foram transferidos para UTI Neonatal e 2,6% para Unidade Semi-intensiva Neonatal. (CAMPOS; LANA, 2007).

Dados de um outro estudo desenvolvido em CPN peri-hospitalar em São Paulo, identificou taxas ainda menores, somente 0,1% do neonatos apresentaram Apgar  $< 7$  no 5º minuto de vida (LOBO et al., 2010). Resultados semelhantes também foram obtidos em pesquisa Casa de Parto David Capistrano Filho, no Rio de Janeiro. Dos 458 neonatos

analisados, um (0,2%) teve escore de Apgar < 7 no 5º minuto de vida e 39 (8,5%) foram transferidos para unidades neonatais hospitalares (PEREIRA et al., 2013).

Em relação ao escore de Apgar 5º minuto de vida  $\leq 6$ , os achados do presente estudo se assemelham aos identificados nos estudos citados anteriormente. No entanto, vale ressaltar a ocorrência da falta de registros sobre essa avaliação no prontuário de pacientes, o que indica a necessidade de alertar os profissionais quanto à importância clínica, epidemiológica e legal dessa prática. Sobre a prevalência de neonatos transferidos para unidades neonatais, os dados identificados superam os encontrados em Belo Horizonte, Minas Gerais, no entanto, compreende-se que esses últimos referem-se somente a um CPN, enquanto o do presente estudo incluiu dois hospitais, um deles terciário e um CPN.

No que se refere à percepção da mulher sobre segurança (Tabela 1), a separação entre a mãe e o bebê foi referida por apenas duas (0,7%) puérperas, que foram afastadas fisicamente de seus bebês durante a internação, sem que houvesse uma indicação clínica ou outra justificativa.

Quando um bebê nasce, além dos cuidados necessários a sua sobrevivência, precisa estabelecer contato afetivo contínuo e constante com a mãe ou um cuidador que a substitua, visto que por meio deste vínculo estabelecerá relações de apego, que proporcionam e oportunizam o desenvolvimento biopsicoafetivo (BOING; CREPALDI, 2004). Desde o momento em que sai do útero, o bebê está provido de alguns sistemas comportamentais, aptos a serem ativados por meio de estímulos, como o contato pele-a-pele, o olhar, a fala, os sons, os cheiros e a amamentação (ROSA et al., 2010).

O estudo que analisou os sentimentos maternos expressados pelas mães durante o contato íntimo com os filhos, logo após o parto, no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), mostrou que a primeira separação entre a mãe e o bebê, em alguns casos, era realizada pelos profissionais sem uma indicação clínica, apenas para devido realizarem os cuidados imediatos, provocando uma ruptura nas interações afetivas que estavam acontecendo (ROSA et al., 2010).

Em outro estudo conduzido no Rio de Janeiro, com mulheres de baixo risco e parto normal quando os cuidados imediatos ao bebê são realizados longe da mãe, provoca preocupação, sensação de afastamento e medo nas mães. As autoras ressaltam que a permanência do bebê com a mãe foi condicionada à atitude do profissional de saúde



que prestava assistência no momento do parto, mesmo não havendo contra indicação nenhuma para o incentivo do vínculo desde o nascimento (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007).

Embora a prevalência de separação entre mãe-bebê no presente estudo tenha sido baixa, os prejuízos para os recém-nascidos que foram separados de suas mães podem ser relevantes para o desenvolvimento biopsicoafetivo. Portanto, é de suma importância, que quando detectada a separação mãe-bebê, sejam revistos os motivos que fizeram com que os profissionais adotassem condutas contrárias à recomendação de incentivar o vínculo entre a mãe e o bebê, desde o primeiro minuto de vida.

Quanto aos danos (eventos adversos) psicossociais, a proporção de puérperas que mencionou ter sido deixada sozinha pelos profissionais de saúde em algum momento em que estava se sentindo preocupada, no trabalho de parto e/ou parto), foi de 3,7%. A proporção de puérperas que julga não ter sido levada a sério pelos profissionais de saúde, ao expressar preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto e/ou parto foi de 17,5%. Quando questionada se gostaria de falar com o profissional de saúde sobre alguma das questões da percepção de segurança, seis (2,2%) puérperas responderam sim (Tabela 1).

Segundo a OMS, o profissional de saúde deve ouvir atentamente o paciente e oferecer explicações, de forma compreensível para o paciente, e dispor de tempo suficiente para sanar todas as suas dúvidas apresentadas pelo paciente (OMS, 2000). A Rede Cegonha e o Programa Nacional de Humanização preconizam a garantia de informações aos usuários do sistema de saúde pelas unidades de saúde (BRASIL, 2011; PNHPN, 2002).

A oferta de informação durante a assistência ao trabalho de parto e parto constitui um aspecto relevante para as mulheres, uma vez que lhes confere controle interno (relacionado ao próprio comportamento) e externo (relacionado ao ambiente, incluindo a equipe de saúde), promove a compreensão sobre a assistência prestada e a participação (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2002).

Em estudo realizado para caracterizar a assistência hospitalar ao parto e identificar obstáculos e facilitadores para implantação do cuidado humanizado, sob a percepção das mulheres, em dois hospitais de referência para parto em Maringá, Paraná, as informações oferecidas pela equipe, durante o trabalho de parto são variáveis e insuficientes. Segundo as autoras, as informações fornecidas refletem a assistência prestada cotidianamente, ou seja, são fornecidas explicações e

orientações mínimas, da rotina da assistência, sem estímulo a participação ativa do paciente em decisões sobre sua assistência (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2002).

Em estudo com o objetivo de analisar a importância da inclusão da perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), realizado em base de dados primários de Cascavel e Morada Nova (CE), Goiânia e Abadiânia (GO), Porto Velho (RO), Paissandu (PR) e Monte Azul (SP), foi revelada a falta de atenção dos profissionais no pré-parto (ALMEIDA; TANAKA, 2009). Conforme os autores, foi possível identificar nos relatos sobre o pré-parto, o atendimento precário às expectativas das parturientes, devido à relação interpessoal com os profissionais, ou à demora para realização de procedimentos técnicos para minimização do desconforto ou sofrimento.

Em estudo no CPN intra-hospitalar de uma maternidade pública estadual em Teresina (PI), as puérperas classificaram a assistência prestada pela equipe, como sendo de qualidade, destacando que os aspectos positivos como rapidez, atenção, respeito e o fato de não terem sido deixadas sozinhas contribuíram para essa avaliação. Para essas puérperas, a presença da equipe na sala de parto, lhes proporcionou segurança, conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto e o parto (RIBEIRO et al., 2015).

Embora os estudos apresentados não evidenciem a frequência e a prevalência desses aspectos avaliados em relação à qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde, revelam categorias que confirmam a importância da presença do profissional de saúde nos momentos em que a puérpera precisa de seus cuidados e do respeito refletido por meio do fornecimento de informações claras e oportunas. Os achados do presente estudo identificaram que um elevado percentual de puérperas referiram não terem sido levadas a sério pelos profissionais de saúde, ao expressar preocupações sobre segurança. Esse indicador sinaliza a necessidade de investigação dos fatores que levam os profissionais a adotarem essa conduta, que fere às recomendações da OMS e no Brasil, e da Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

### **Prevalência do indicador composto “Assistência Livre de Danos” nas puérperas e nos recém-nascidos - Termômetro de Segurança na Maternidade**

A seguir, no Quadro 1, são apresentados os indicadores de danos maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica, e o indicador composto assistência livre de danos, referente aos pacientes que foram protegidos dos danos mais graves, preconizados pelo NHS, encontrados nas três instituições onde ocorreu o estudo. Os cálculos foram feitos em conformidade com as recomendações do NHS.

**Quadro 1** – Termômetro de Segurança na Maternidade. Prevalência instantânea de danos e do indicador Assistência Livre de Danos em serviços obstétricos. Rio Grande do Norte, Brasil, 2015 (N=269 púperas; 275 recém-nascidos).

Instituições	Danos						Assistência Livre de Danos N (%)
	Laceração perineal 3º/4º grau*	Hemorragia pós-parto > 1000ml*	Infecção Materna*	Apagar ≤ 6 no 5º min.	Mulheres deixadas sozinhas	Mulheres não levadas a sério*	
MEJC	-	4 (3,1%)	27 (20,9%)	5 (3,7%)	9 (7,0%)	28 (21,7%)	5 (4,0%)
HUAB	1 (1,0%)	-	6 (6,0%)	2 (2,0%)	1 (1,0%)	18 (18,0%)	26 (26,0%)
MFC	-	-	4 (10,0%)	-	-	1 (2,5%)	19 (47,5%)
Global N (%)	1 (0,4%)	4 (1,5%)	37 (13,7%)	7 (2,5%)	10 (3,7%)	47 (17,5%)	50 (18,6%)

\*Indicadores calculados conforme fórmulas recomendadas pelo NHS (2014), utilizando-se como numerador o número de pacientes com dano e como denominador o número de pacientes expostos ao dano, multiplicando o resultado por 100.

Segundo dados do NHS, fornecidos por todos os serviços que utilizam o *Maternity Safety Thermometer* na Inglaterra, incluindo os da comunidade e os hospitais, entre novembro de 2014 e outubro de 2015, a proporção da Assistência Livre de Danos variou de 50-90%, sendo que nos últimos 11 meses permaneceu em torno de 70% (NHS, 2015). Comparando aos dados obtidos no presente estudo, observa-se que a proporção de pacientes que receberam uma assistência livre de danos, nos serviços brasileiros investigados, foi 3,8 vezes menor do que na Inglaterra. Isso reflete o quanto a assistência obstétrica brasileira precisa de investimentos em melhoria da qualidade e promoção da segurança do paciente.

## CONCLUSÕES

O instrumento *Maternity Safety Thermometer* adaptado para o português do Brasil, denominado Termômetro de Segurança na

Maternidade, utilizado pela primeira vez para estimar a prevalência instantânea de danos relacionados à assistência obstétrica, demonstra-se adequado e apropriado para este fim. Os indicadores obtidos, por meio do seu uso, quando comparados com estudos epidemiológicos nacionais, parecem refletir a realidade, na maioria dos casos.

Embora, tenha sido utilizado somente em puérperas internadas no pós-parto, ou seja, nos primeiros dias de puerpério, quando sinais e sintomas de alguns danos ainda não haviam se manifestado, foi possível detectar sinais de alerta sobre a qualidade e segurança presentes na assistência prestada. Entende-se, portanto, que essa, a maior função do termômetro, evidencia-se nesta primeira aplicação.

As vantagens apresentadas no uso deste instrumento, possivelmente, facilita sua adoção pelos serviços de saúde, uma vez que sua aplicação, análise dos dados coletados e cálculo dos indicadores são realizados de forma prática e rápida, requerendo pouco investimento em recursos humanos e materiais. Na realidade brasileira, que ainda não tinha nenhuma ferramenta com características semelhantes as do Termômetro de Segurança na Maternidade, para obtenção de dados relevantes para modificação da prática e melhoria da qualidade assistencial, esse instrumento é de grande valia.

Recomenda-se, no entanto, que outros estudos de aplicação do Termômetro de Segurança na Maternidade sejam realizados, não só em hospitais, mas na atenção básica (serviços e no domicílio) e em CPN, para avaliar a performance do instrumento para obtenção dos dados nesses níveis de atenção.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. L. DE; TANAKAII, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n1/7296.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

AMORIM, M. M. R. de et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 6, n. supl. 1, p. s55-s62, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000500008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000500008)>. Acesso em: 20 set. 2015.

ANVISA (Org.). Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos – UIPEA. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGES **Indicadores Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. **Sítio cirúrgico: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Brasília: DF, 2009.

ATALAH SAMUR, E. et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. **Revista médica de Chile**, v. 125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFWARE. **Core Maternity Indicators**. Canberra, AUS, 58, 2013. Disponível em: <<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129542725>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

BELLAD, M.B. et al. Standardized Visual Estimation of Blood Loss during Vaginal Delivery with its correlation Hematocrit Changes - A Descriptive Study. **South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology**, n.1, v. 1, p. 29-34, 2009.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. **Estudos de psicologia (Campinas)**, v. 21, n. 3, p. 211-226, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2004000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2004000300006)>. Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). Fundação Oswaldo Cruz. Agência de Vigilância Sanitária **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF, 2014. 40 p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (Org.). **Programa de humanização no parto, humanização no pré natal e nascimento**. Brasília, DF, 2002. 27 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (Org.). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2005. 163 p.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Conceitos**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 26 jun. 2011. Seção 1, p. 109. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 20 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013b. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 02 abr. 2013a. seção i, p. 43. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/52582397/dou-secacao-1-02-04-2013-pg-43>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 jul 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção I, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 10 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão (Org.). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** – Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, DF: Ipea, 2010. 184 p.

CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION. Disponível em: <[www.calhospitalcompare.org](http://www.calhospitalcompare.org)>. Acesso em: 06 set. 2015.

CAMPOS, S. E. V.; LANA, F. C. F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1349-59, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n6/09.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.

CAROCCI, A. de S. et al. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. **Revista enfermagem UERJ**, v. 22, n. 3, p. 402-408, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a18.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, v. 56, n. 3, p. 333-339, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302010000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300020)>. Acesso em: 29 out. 2015.

CHASSIN, M. R.; GAVIN, R. W. The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. **The Journal of the American Medical Association**, v. 280, n. 11, p. 1000-1005, 1998.

CRUZ, Lidiane A. da. et al. Infecção de ferida operatória após cesariana em um hospital público de Fortaleza. **Enfermería Global**, n. 29, p. 118, 2013. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/142771/143901>>. Acesso em: 10 out. 2015.

CRUZ, D. C. dos S.; SUMAMII, N. de S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 690-697, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

PAIVA, L. V. et al. Obesidade materna em gestações de alto risco e complicações infecciosas no puerpério. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 453-458, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423012705420>>. Acesso em: 10 set. 2015.

FERREIRA, E. A.; VARGAS, I. M. A.; ROCHA, S. M. M. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, p. 111-6, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13882.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

GABRIELLONI, M. C. et al. Análise da hemorragia no parto vaginal pelos índices de eritrócitos e hematócrito. **Acta paulista de enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 186-93, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0186.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

GREGORY, K. D. et al. Global measures of quality-and patient safety-related childbirth outcomes: should we monitor adverse or ideal rates? **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 200, n. 6, p. 681.e1-681.e7, 2009.

GUIMARÃES, E. E. R.; CHIANCA, T. C. M.; DE OLIVEIRA, A. C. Infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto em maternidade pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 536-542, 2007.

GUNATILAKE, R. P.; PERLOW, J. H. Obesity and pregnancy: clinical management of the obese gravida. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 204, n. 2, p. 106-119, 2011.



HORAN, T. C.; ANDRUS, M.; DUDECK, M. A. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. **American journal of infection control**, v. 36, n. 5, p. 309-332, 2008.

INAGAKI A. D. M. et al. Cesárea: prevalência, indicações e desfecho do recém-nascido. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 12, p. 4278-4284, 2014. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6491/pdf\\_6740](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6491/pdf_6740)>. Acesso em: 30 set. 2015.

JARVIE, E.; RAMSAY, J. E. Obstetric management of obesity in pregnancy. In: **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**. WB Saunders, v. 15, n. 2, p. 83-88, 2010.

KETTLE C. Anatomy of the pelvic floor. In: Henderson C, Bick D, editor. **Perineal care: an international issue**. Trowbridge (UK): Quay, p.18-31, 2005.

LAGO, T. D.; LIMA. L. P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades sócio econômicas. In: Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher- PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf#page=152](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf#page=152)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de saúde pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt)>. Acesso em: 10 out. 2015.

LOBO, S. F. et al. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 3, p. 812-8, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/37.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MACHADO, N. X. de S.; PRAÇA, N. de S. Infecção puerperal em Centro de Parto Normal: ocorrência e fatores predisponentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 55-60, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a10.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A. de; MESQUITA, M. R. de S. A prática da episiotomia no Brasil. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, v. 29, n. 1, p. 1-2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v29n1/a01v29n1.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

MATINS, A. L. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambú, MG. ABEP, Caxambú, MG, 2004.  
NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C; REIS, P. A. S. A paciente gestante: na unidade de terapia intensiva. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 34, n. 2, p. 123-132, 2001.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Caderno de saúde pública**, v. 24, n. 8, p. 1859-68, 2008. <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/14.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

NHS. **Maternity Safety Thermometer**. Analyse data. Dashboard. 2015. Disponível em: <[https://www.safetythermometer.nhs.uk/index.php?option=com\\_dashboards&view=maternity&Itemid=400](https://www.safetythermometer.nhs.uk/index.php?option=com_dashboards&view=maternity&Itemid=400)> . Acesso em: 10 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Org.). **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. Geneva, 2014. 41p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf)>. Acesso em: 10 Out. 2015.

\_\_\_\_\_. Key Informant Survey. 2000. Disponível em: <[www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,surveys&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,surveys&language=english)>. Acesso em: 05 out. 2015.

PEREIRA, A. L.F. de et al. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 831-40, 2012. Disponível em:

<<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/13665/13347>> . Acesso em: 20 set. 2015.

POWER, M.; STEWART, K.; BROTHERTON, A. What is the NHS Safety Thermometer? **Clinical risk**, v. 18, n. 5, p. 163-169, 2012. Disponível em: <<http://cri.sagepub.com/content/18/5/163.full>> . Acesso em: 22 Jan. 2015.

RIBEIRO, J. R. et al. Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. **Revista de Enfermagem da EFSM**, v. 5, n 3, 2015. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/14471/pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.

ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 105-12, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a16>>. Acesso em: 09 out. 2015.

RUIZ, M. T. **Análise da perda hemática durante o processo de parturição**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SANCHES, N. C. et al. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 418-426, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a21v21n2.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

SCHNECK, C. A. et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Revista de Saúde Pública**, v. 46. n. 1, p. 77-78, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100010)>. Acesso em: 20 set. 2015.

SOUZA, C. F. et al. Perfil Clínico-Demográfico de Pacientes em Ciclo Grávido-Puerperal Admitidas em uma Unidade de Terapia Intensiva em Fortaleza. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 8, n. 1, p. 30-42, 2015. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/272/288>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

STAFFORD, I. et al. Visually estimated and calculated blood loss in vaginal and cesarean delivery. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 199, n. 5, p. 519e1-519e7, 2008.

TOLEDO, A. L. P.; SILVEIRA, C. S. Ocorrência de Infecção Puerperal em um Hospital Universitário de Cuiabá. **Saúde Coletiva**, v. 3, n. 10, p. 49-52, 2006.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S85-S100, 2014 . Disponível em: <[scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014001300016&lng=en&nrm=iso](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2015.

VIGGIANO, M. B. et al. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, v. 26, n. 4, p. 317-323, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n4/20644.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **The Lancet**, v. 367, n. 9525, p. 1819-1829, 2006.

VINCENT, C. et al. Is health care getting safer? **Bmj**, v. 337, p. a2426, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). Classification of practices in normal birth. In: **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva, 1996. p. 34-7.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou, inicialmente, a identificação e análise das abordagens teóricas e as propostas processuais utilizadas na ATC de instrumentos de pesquisa, para língua portuguesa do Brasil, em estudos desenvolvidos pela Enfermagem brasileira, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Posteriormente, a realização da ATC do *Maternity Safety Thermometer*, para o português do Brasil; a estimativa da prevalência instantânea de danos (eventos adversos) maternos e neonatais e o indicador composto assistência livre de danos relacionados à assistência obstétrica por meio da versão adaptada do referido instrumento, denominado o Termômetro de Segurança na Maternidade.

A revisão integrativa de estudos de ATC conduzidos pela Enfermagem brasileira proporcionou o aprofundamento do conhecimento sobre as abordagens teóricas e as propostas processuais da ATC, enquanto método de pesquisa. Além disso, durante a análise dos estudos incluídos na revisão, tornaram-se conhecidas as fragilidades, que precisam ser evitadas e os pontos fortes a serem empregados em estudos de ATC. Assim, esse estudo intermediou, proporcionou conhecimento sobre o método de ATC e facilitou sobremaneira a realização da adaptação transcultural do *Maternity Safety Thermometer*.

Mediante a ATC do *Maternity Safety Thermometer*, foi possível produzir a versão adaptada, Termômetro de Segurança na Maternidade, que se apresenta como um instrumento apropriado na obtenção de dados para a estimativa da prevalência de danos maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica e do indicador composto “assistência livre de danos”. *Experts* em obstétrica, em segurança do paciente, em língua inglesa e em pesquisa científica julgaram o instrumento como equivalente do ponto de vista idiomático, semântico, cultural e conceitual; e puérperas e enfermeiros demonstraram compreender o instrumento e sua finalidade.

Por meio da aplicação do instrumento adaptado, Termômetro de Segurança na Maternidade, identifica-se a prevalência instantânea de danos e de Assistência Livre de Danos em serviços hospitalares de média e alta complexidade, e em um CPN do Rio Grande do Norte. Os indicadores obtidos são, em sua maioria, semelhantes a alguns resultados obstétricos e neonatais encontrados em estudos nacionais, sugerindo que o instrumento consegue capturar a realidade da assistência, no que tange à segurança do paciente nessa área.

Vale ressaltar que por ser se tratar de um estudo descritivo, quantitativo, em puérperas e recém-nascidos ainda internados em decorrência da assistência ao parto, de uma região específica do país, são estimadas a prevalência de danos e a de Assistência Livre de Danos, presentes e manifestadas até o momento da coleta de dados. Assim, julga-se necessário considerar que, essas estimativas podem ser diferentes, quando se utiliza o instrumento, em puérperas e recém-nascidos, após a alta do serviço de saúde onde aconteceu o parto, decorrido um período de dias maior, haja vista que muitos danos passíveis de serem identificados pelo Termômetro de Segurança na Maternidade, manifestam-se mais tardiamente.

No Brasil, pesquisas evidenciam a carência e a necessidade de padronizar e estabelecer o uso de indicadores de segurança relacionados à assistência obstétrica pelos serviços de saúde, desde os da Atenção Básica aos de Alta Complexidade. Os órgãos reguladores tem papel fundamental no incentivo, apoio e fiscalização do uso sistemático e regular desses indicadores pelos serviços, para que o país passe a conhecer sua realidade de segurança e qualidade da assistência obstétrica.

Embora, desde 2008, a ANVISA tenha publicado a instrução normativa N<sup>o</sup>. 2 , recomendando a coleta sistemática e a análise dos indicadores pelos serviços de Atenção Obstétrica: média de permanência das puérperas; taxa de cesária, taxa de cesária em primíparas, taxa de episiotomia e taxa de partos com acompanhantes; taxa de mortalidade neonatal precoce e taxa de infecção puerperal relacionada a partos normais e cesárias, até a atualidade, essa recomendação não foi adotada.

A ATC de um instrumento de obtenção de dados sobre danos (eventos adversos) maternos e neonatais relacionados à assistência obstétrica, para o português do Brasil, pode viabilizar, pela aplicação dessa ferramenta nos serviços brasileiros, um *start* no fomento de uma cultura de produção de indicadores e no processo de construção de bancos de dados sistematizados.

O uso desses dados, segundo diversos autores, é uma condição *sine qua non* para a elaboração do diagnóstico da realidade dos serviços de saúde, e para fundamentar a elaboração e o monitoramento de programas de prevenção de eventos adversos eficazes e de promoção de segurança do paciente na área obstétrica.

Entende-se que por ser de fácil e rápida aplicação, requerer coleta mensal única e, mesmo se tratando da prevalência instantânea, ser possível identificar pontos de fragilidades a serem explorados para a

melhoria da qualidade assistencial, o Termômetro de Segurança na Maternidade é exequível de ser adotado pelos serviços de saúde e para produzir indicadores de segurança e qualidade da assistência obstétrica.

Sua utilização traz baixo impacto na rotina de trabalho da equipe de saúde, uma vez que a coleta é pontual, e para análise dos dados, é possível utilizar a estrutura existente nos serviços, responsável pelas estatísticas de saúde, como as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar e/ou os Núcleos de Segurança do Paciente. Por fim, os dados produzidos são de fácil interpretação tanto por profissionais de saúde, como por pacientes, possibilitando, dentre outros, um *feedback* dos resultados da assistência, a ambos, que pode ser usado para a melhoria dos serviços e como critério pelo paciente, para escolher serviços mais seguros.

Por fim, este estudo proporcionou a inserção da Enfermagem no contexto científico internacional, visto que a adaptação de um instrumento da Inglaterra possibilitará a comparação de indicadores de qualidade da assistência em países, contextos e culturas diversificadas. Também possibilitou o estabelecimento de parceria científica com o *National Health Service* da Inglaterra.





## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

ALSO BRASIL. Disponível em: <<http://www.also.com.br/>>. Acesso em: 10 maio 2014.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST. Patient safety in Obstetrics and Gynecology. **Committee opinion n° 477**. Washington , DC, 144, 2009. Disponível em:

<<https://www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Patient%20Safety%20and%20Quality%20Improvement/co447.pdf?dmc=1&ts=20140610T1311154099>>. Acesso em: 10 maio 2013.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFWARE. **Core Maternity Indicators**. Camberra, AUS, 58, 2013. Disponível em: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129542725> >. Acesso em: 10 maio 2014.

BEATON, D. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures, **Institute for Work & Health**, 2007. Disponível em: <<http://dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. **American Academy of Orthopaedic Surgeons**, New York, 2002. 29p.

\_\_\_\_\_. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

\_\_\_\_\_. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. American Academy of Orthopaedic Surgeons, Institute for Work & Health, 1998. 29p. Disponível em:

<[http://www.ortho.umn.edu/prod/groups/med/@pub/@med/@ortho/documents/asset/med\\_asset\\_360072.pdf](http://www.ortho.umn.edu/prod/groups/med/@pub/@med/@ortho/documents/asset/med_asset_360072.pdf)>. Acesso em: 24 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF, 2014. 40 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília, DF, 2014b. 103 p.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] União, Brasília**, DF, 02 abr. 2013a. Seção I, p. 43. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/52582397/dou-secao-1-02-04-2013-pg-43>>. Acesso em 10 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União, Brasília**, DF, 13 jun. 2013b. Seção I, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] União, Brasília**, DF, 26 jun. 2011. Seção 1, p. 109. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 20 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (Org). **Programa de humanização no parto, humanização no pré natal e nascimento**. Brasília, DF, 2002. 27 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (Org). **Oito passos para a maternidade segura**: Guia básico para serviços de saúde. Brasília, DF, 1995. 16 p.

\_\_\_\_\_. Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão (Org.). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** – Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, DF: Ipea, 2010. 184 p.

BUCKLEY, C. et al. Implementing the Safety Thermometer tool in one NHS trust. **British journal of nursing**, v. 23, n. 5, p. 268-272, 2014.

CAMPOS, S. E. V.; LANA, F. C. F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1349-1359, jun. 2007.

CIVIL AIR NAVIGATION SERVICES ORGANISATION (CANSO) (Org.). Air Navigation Service. **Provider Safety Culture Definition and Enhancement Process**. CANSO, 2008.

CENTER FOR MATERNAL AND CHILD ENQUIRIES (CMACE) (Org.). Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. **International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 118, n. supl,1, 1-203, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02847.x/pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

DIAS, M. A. B. et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30 Sup., p. S169-S171, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0169.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista brasileira de crescimento desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS (Org.). Diretoria de atenção à saúde e gestão de contratos. Maternidade Escola Januário Cicco - UFRN. **Dimensionamento dos serviços assistenciais e da gerência de ensino e pesquisa**. Brasília, abr. 2013a.

\_\_\_\_\_. Diretoria de atenção à saúde e gestão de contratos. Hospital Universitário Ana Bezerra - UFRN. **Dimensionamento dos serviços assistenciais e da gerência de ensino e pesquisa**. Brasília, mar. 2013b.

FERREIRA, et al. Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. **Avaliação Psicológica**, v. 13, n. 3, p. 457-461, 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712014000300018](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000300018)> . Acesso em: 20 fev. 2015.

FORSTER, A. et al. Adverse events detected by clinical surveillance on an obstetric service. **Obstetrics & Gynecology**, v. 108, n. 5, p. 1073-1083, 2006.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D. M. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, n. 3, p. 207-10, 2008.

GLUCK, P. A. Patient safety in women's health care: a framework for progress. **Best Practice & Research Clinical**. Obstetrics and Gynaecology, v. 21, n. 4, p. 525-536, 2007.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of clinical epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. **Psychological assessment**, v. 7, n. 3, p. 238, 1995.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of life Research**, v.7, n.4, p.323-35, 1998.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of life Research**, v.6, n. 3, p.237-247, 1997.

HOGAN, M. C. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards millennium development goal 5. **The Lancet**, v. 375, n. 9726, p. 1609-1623, mai. 2010.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risk industries to health care. **Quality and safety in health care**, v. 12, n. suppl 1, p. i7-i12, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765769/pdf/v012p000i7.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

HUSSEIN, J. Celebrando o progresso para uma gravidez mais segura. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 3, n. 3 p. 142-144, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.grupocurumim.org.br/site/revista/qs3.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.

HUTCHINSON A, BENTZEN N, KÖNIG-ZAHN C. (Org.). Cross cultural health outcome assessment: a user's guide. Ruiner, NL: ERGHO, 1997.

INSTITUTE OF MEDICINE (Org.). Crossing the quality chasm: new health system for the 21st century. Washington, DC: NAP, 2001. 337 p.

JHA, A. K. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. **Quality and Safety in Health Care**, v. 19, n. 1, p. 42-47, 2000.

KOHN, L.Y.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human**: building a safer health system. Washington, DC: NAP, 2000. 312 p.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Sup. 30, S17-S32, 2014. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8763/1/Interven%C3%A7%C3%B5es%20obst%C3%A9tricas%20durante%20o%20trabalho.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing research**, v. 35, n. 6, p. 382-386, 1986.

MORRIS-THOMPSON, T. et al. Safety Express: a strategic health authority's approach. **British Journal of Nursing**, v. 21, n. 11, p. 677, 2012. Disponível em: <[http://harmfreecare.org/wp-content/files\\_mf/BJN\\_21\\_11\\_\\_677-683\\_SafetyExpress.pdf](http://harmfreecare.org/wp-content/files_mf/BJN_21_11__677-683_SafetyExpress.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2015.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). Institute for Innovation and Improvement. Making improvements in maternity services. 2013

\_\_\_\_\_. **Maternity Safety Thermometer Pilot Data** 16/01/2014. Summary of participation and results.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Clinical Commissioning Group (CCG) Outcomes Indicator Set (OIS). **Indicator rational e document**. England, 2015.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, n. suppl 2, p. ii17-ii23, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAÚDE (OMS). 27<sup>a</sup>. Conferência Sanitária Panamericana; 59<sup>a</sup>. Sésióndel Comité Regional. Resolución CSP27.R10, Washington, DC: OPS/OMS, 03 out. 2007. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r10-s.pdf>> Acesso em: 03 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Org.). **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OMS, 1996. 54 p.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P.. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PASQUALI, L. Psicometria. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.43 n. Esp, p. 992-999, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nsp/a02v43ns.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488 p.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

POWER, M. et al. Learning from the design and development of the NHS Safety Thermometer. **International journal for quality in health care**, v. 26, n. 3, p. 287-297, 2014.

POWER, M.; STEWART, K.; BROTHERTON, A. What is the NHS Safety Thermometer? **Clinical risk**, v. 18, n. 5, p. 163-169, 2012. Disponível em: <<http://cri.sagepub.com/content/18/5/163.full>> . Acesso em: 22 jan. 2015.

PRONOVOST, P. J. et al. Overview of progress in patient safety. Patient Safety Series. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 204, n. 1, p. 5-10, 2011. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)02255-6/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)02255-6/fulltext)> . Acesso em: 24 Jan. 2015.

QUEIROZ, et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 479-478, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a14v16n3.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

RAJU, T. N. K.; SURESH, G.; HIGGINS, R. D. Patient safety in the context of neonatal intensive care: research and educational opportunities. **Pediatric research**, 2011, v. 70, n. 1, p. 109-115.

REASON J. Human error: Models and Management. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7237, p. 768–770, 2000.

\_\_\_\_\_. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, v. 327, n. 1241, p. 475-484, 1990.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/6294.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

REIS, L. G. da C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 3, p. 1139-1159, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300020)>. Acesso em: 22 jun. 2014.

SIMMS, R. A. et al. Development of maternity dashboards across a UK health region; current practice, continuing problems. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 170, n. 1, p. 119-124, 2013.

RUSO C.; WIER L.; STEINER C. Hospitalizations Related to Childbirth, 2006. U.S. Agency for Healthcare Research and Quality. **Healthcare Cost and Utilization Project**, Rockville, n.71. p. 1-10, April 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53966/>>. Acesso em: 10 de fev. 2012.



SHEKELLE, P. G. et al. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, n. 5 Part 2, p. 365-368, 2013.

SINGER S. et al. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. **Health services research**, v. 44, n. 2p1, p. 399-421, 2009.

STONES, W. et al. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. **Health trends**, v. 23, n. 1, p. 13-15, 1990.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30 Sup., p. S71-S83, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0071.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. de O. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade** v.16, n.1, p.7-17, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/02.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

THE KING'S FUND (Org.). **Safe births, everybody's business**. London: The King's Fund, 2011. p. 1-8.

UNIVERSITY OF TORONTO. **Faculty**. 2015, Disponível em: <<http://www.rsi.utoronto.ca/faculty/dorcas-e-beaton-phd>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

VAN DE VIJVER, F. J. R. Translating and adapting psychological tests for large scale projects. In: **11<sup>a</sup> European Congress of Psychology**, Oslo, Noruega. Paper. Oslo, Noruega, 2009.

WATCHER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). **Safe childbirth checklist programme: an overview**. Geneva: WHO, 2013. 13p. Disponível em:

<[http://who.int/patientsafety/implementation/checklists/background\\_document.pdf](http://who.int/patientsafety/implementation/checklists/background_document.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **The conceptual Framework for the international classification for patient safety** (version 1.1): Final technical report. Geneva, WHO, 2009. 154p. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf?ua=1)>. Acesso em: 12 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Process of translation and adaptation of instruments.** Geneva, WHO, 2009b. Disponível em: <[www.who.int/substanceabuse/researchtools/translation/en](http://www.who.int/substanceabuse/researchtools/translation/en)>

\_\_\_\_\_. **World alliance for patient safety: forward programme 2008-2009.** 1th. ed. Geneva: WHO, 2008a. 69 p.

\_\_\_\_\_. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research.** Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: WHO, 2008b. 118 p. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/research/priority\\_setting/en/](http://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/en/)>. Acesso em: 08 set. 2012.

\_\_\_\_\_. **World alliance for patient safety.** Global patient safety challenge 2005-2006: clean care is safer care. Geneva: WHO, 2005. 35 p. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC\\_Launch\\_ENGLISH\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **World alliance for patient safety: forward programme 2006-2007.** Geneva: WHO, 2006. 65 p. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/WHO\\_EIP\\_HDS\\_PSP\\_2006.1.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Fifty-Fifth World Health Assembly. **WHA55.18:** agenda item 13.9, 18 May 2002. p. 2. Disponível em: <[http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/safety\\_efficacy/ewha5518.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/ewha5518.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 2, n. 8452, p. 452-476, 24 aug. 1985.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A** - Relatório dos estágios do processo de adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados *Maternity Safety Thermometer* (Comitê de *experts*)

Pesquisa: **ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MATERNITY SAFETY THERMOMETER PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL**

Doutoranda: Cristiane Ribeiro de Melo

Orientadora: Profa. Dra. Odaléa Maria Brüggemann

### **RELATÓRIO DOS ESTÁGIOS DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS *MATERNITY SAFETY THERMOMETER***

Prezado expert, este documento foi elaborado para auxiliar na sua participação no processo. Assim, ele tem como objetivos:

1. Conceituar o **Processo de Adaptação Transcultural (ATC)**;
2. Apresentar sucintamente cada um dos estágios do processo de ATC já realizados e descrever aquele que será desenvolvido com a sua colaboração - **Estágio 4: Análise crítica pelo comitê de expert** para elaboração da versão pré final do instrumento, e também serve para que você possa ter acesso a todos os materiais produzidos até o estágio em que se dará sua participação, auxiliando-o assim, a ter julgamentos mais criteriosos;

As orientações e materiais necessários para o desenvolvimento do Estágio 4, estão contidas em um outro documento denominado **MATERIAL PARA ANÁLISE PELO COMITÊ DE EXPERTS**, que você também recebeu.

#### **1. Adaptação Transcultural**

A adaptação Transcultural de instrumentos de coleta de dados, utilizados em pesquisas científicas, diz respeito à aplicação de um conjunto de técnicas de tradução, retrotradução, comitê de revisão composto por profissionais experts, pré-testes da versão adaptada e reavaliação de medidas e índices (estudo psicométrico), quando aplicável, com vistas a alcançar equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, preparando-os para serem utilizados em uma população com diferenças culturais, de localização geográfica e de linguística daquelas a que se destinava a versão original do instrumento (BEATON et al., 2002).

Conforme o referencial adotado em nosso estudo, a abordagem teórica de Adaptação Transcultural universalista é a mais abrangente, tendo em vista que parte do pressuposto que as dimensões avaliadas por meio de um instrumento de coleta de dados, variam em contextos culturais diferentes, Portanto, se faz necessário investigar a existência e a interpretação dos conceitos investigados na cultura da população alvo em que se pretende utilizar a versão adaptada do instrumento, para que então seja alcançado o processo de equivalência transcultural (HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA,1998; HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA,1998).

## **2. Estágios do Processo de Adaptação Transcultural já Realizados**

Conforme a referência adotada neste estudo, no **estágio I**, são realizadas as traduções de forma independente, por pelo menos duas tradutoras, bilíngues, que tenham como língua materna, a do país em que o instrumento será utilizado. Um dos tradutores deve ter conhecimento sobre o instrumento e background da área temática do mesmo. O outro não deve ter nem conhecimento e nem background. Esta fase fornecerá duas ou mais traduções como resultado, e para cada uma delas, um relatório escrito, contendo a lógica usada para a tradução, bem como as dificuldades encontradas na tradução de palavras, termos ou frases. No presente estudo, serão realizadas três traduções por tradutoras bilíngues, sendo um expert em segurança do paciente, um em enfermagem obstétrica e outro em língua inglesa (BEATON et al., 2000).

O **estágio II** consiste na síntese das traduções. Para esta fase, são utilizadas as traduções resultantes do estágio I, os relatórios escritos e o instrumento na versão original. Devem ser elencados para este trabalho, além dos tradutores do estágio I, mais um outro tradutor, com o objetivo de resolver possíveis discrepâncias das traduções anteriores. A partir disso, será elaborado um relatório escrito meticuloso, descrevendo todo o processo de síntese, bem como resolveram as discordâncias (BEATON et al., 2000). Neste estudo, a síntese foi elaborada pelas pesquisadoras responsáveis pela pesquisa em discussões presenciais.

O **estágio III** consiste na backtranslation (retrotradução) da síntese do instrumento traduzido. Deve ser realizada por dois tradutores, de forma independente e sem conhecimento sobre o instrumento original ou background da área temática do mesmo. O objetivo é checar se as

versões traduzidas mantiveram o mesmo conteúdo da versão original. Serão então, geradas duas retrotraduções (BEATON et al., 2000). No presente estudo, foram elaboradas duas retrotraduções de forma independente, uma delas por uma professora de língua inglesa, nascida e residente durante longos anos na Inglaterra, que na atualidade reside no Brasil e tem domínio do português brasileiro; e a outra, por uma docente aposentada de uma universidade federal brasileira, doutora em enfermagem, americana, residente no Brasil há mais de 3 décadas, com domínio do português brasileiro.

### **3. Estágio do Processo de Adaptação Transcultural com o qual você contribuirá**

No estágio IV, é constituído um comitê de experts para alcançar a equivalência transcultural do instrumento. Este deve ser composto, no mínimo, de profissionais de saúde, profissionais da linguagem e os tradutores que participaram dos estágios anteriores. Nesta etapa, também deve ser mantido contato próximo com os criadores do instrumento. É função deste comitê consolidar todas as versões do instrumento e elaborar a versão pré final do instrumento, a ser testada.

Devem ser fornecidos todas as versões do instrumento (original, traduções e retro traduções), bem como todos os relatórios escritos. Todas as decisões tomadas por este comitê devem estar descritas em um minucioso relatório escrito. É necessário que a versão pré-final, alcance equivalência semântica (equivalência do significado gramatical e de vocabulário das palavras), idiomática (uso de expressões equivalentes nos dois idiomas, inglês e português), cultural (coerência com as experiências vivenciadas pela população a que se destina o instrumento) e conceitual (equivalência dos itens com os domínios a que se pretende avaliar).

No presente estudo, o comitê de experts, do qual você está participando, é composto de 15 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e fisioterapeuta), de regiões diversificadas do país, especialistas nas áreas de obstetrícia, pediatria, neonatologia, epidemiologia, saúde coletiva, gestão da qualidade em serviços de saúde, segurança do paciente e controle de infecção hospitalar (BEATON et al., 2000).

#### **4. Estágios Finais do Processo de Adaptação Transcultural**

No **estágio V**, a versão pré-final, elaborada pelo comitê de experts será testada na população alvo. Beaton e colaboradores (2000) recomendam que sejam incluídas entre 30 e 40 indivíduos. Cada sujeito que participa do pré-teste, deve completar o instrumento. Os pesquisadores devem também entrevistar os sujeitos para saber o que eles pensaram que significava cada item do questionário e da resposta escolhida. Esta etapa serve, então, para assegurar que a equivalência é mantida na situação aplicada (BEATON et al., 2000).

No **estágio VI**, todos os documentos gerados no processo de ATC são encaminhados para os criadores do instrumento original para avaliação do processo de ATC. Eles checarão se todas as etapas foram seguidas e se os relatórios refletem o processo realizado. Não cabe, entretanto, aos criadores alterar a versão adaptada, pois considerando que todo o processo de ATC foi rigorosamente seguido, espera-se que tenha sido alcançada uma tradução razoável do instrumento (BEATON et al., 2000).

ESTAGIO I - TRADUÇÃO INICIAL				ESTAGIO III - RETROTRADUÇÕES	
ESTAGIO II - SÍNTESE DAS TRADUÇÕES	ESTAGIO I - TRADUÇÃO INICIAL		ESTAGIO III - RETROTRADUÇÕES		
SÍNTESE DAS TRADUÇÕES	TRADUÇÃO 1	TRADUÇÃO 2	TRADUÇÃO 3	RETROTRADUÇÃO 1	RETROTRADUÇÃO 2
ST	T1	T2	T3	R1	R2
INSTRUMENTO ORIGINAL	T1	T2	T3	R1	R2
	Professora de Língua Inglesa Brasileira/ Com domínio do inglês da Inglaterra	Expert e doutora em Obstetria Com domínio da Língua Inglesa	Expert e doutora em Segurança do Paciente Com domínio da Língua Inglesa	Professora de Língua Inglesa/ Com domínio do português do Brasil	Expert e doutora em Enfermagem Americana /Com domínio do português do Brasil
MATERNITY SAFETY THERMOMETER	TERMOMETRO DA MATERNIDADE SEGURA	TERMOMETRO DE SEGURANÇA DA MATERNIDADE	TERMOMETRO PARA O NASCIMENTO SEGURO	MATERNITY SAFETY THERMOMETER	OBSTETRICAL SAFETY THERMOMETER
PLACE AND MODE OF BIRTH	LUGAR E MODO DE NASCIMENTO	LOCAL E TIPO DE PARTO	LOCAL E MODO DE NASCIMENTO	PLACE AND DELIVERY METHOD	PLACE AND TYPE OF BIRTH
Place of Survey	Local da Pesquisa	Local da pesquisa	Local da pesquisa	Place of research	Place where research was conducted
<input type="radio"/> Community	<input type="radio"/> Comunidade	<input type="radio"/> Comunidade Unidade Básica	<input type="radio"/> Comunidade	<input type="radio"/> Community	<input type="radio"/> Community
<input type="radio"/> Hospital	<input type="radio"/> Hospital	<input type="radio"/> Hospital	<input type="radio"/> Hospital	<input type="radio"/> Hospital	<input type="radio"/> Hospital
<input type="radio"/> Midwifery Led Unit	<input type="radio"/> Unidade de Obstetria	<input type="radio"/> Centro de parto	<input type="radio"/> Desconheço este termo	<input type="radio"/> Birth center	<input type="radio"/> Birth center



Date of survey ___/___/201__	Data da pesquisa ___/___/201__	Data da pesquisa ___/___/201__	Data da pesquisa ___/___/201__	Data da pesquisa ___/___/201__	Data da pesquisa ___/___/201__	Research date ___/___/201__
Ethnicity	Etnia (Raça)	Raça	Etnia (cor da pele)	Etnia (cor da pele)	Ethnic groups (skin colour)	Ethnicity (skin color)
<input type="radio"/> White British	<input type="radio"/> Branco	<input type="radio"/> Branca	<input type="radio"/> Branca	<input type="radio"/> Branca	<input type="radio"/> White	<input type="radio"/> White
<input type="radio"/> BME (Black and Minority Ethnic)	<input type="radio"/> Negro e imortias étnicas	<input type="radio"/> Negra e grupos minoritários	<input type="radio"/> Negra	<input type="radio"/> Negra	<input type="radio"/> Black	<input type="radio"/> black
<input type="radio"/> Not stated	<input type="radio"/> Não declaradas	<input type="radio"/> Não declarada	<input type="radio"/> Parca	<input type="radio"/> Parca	<input type="radio"/> Brown	<input type="radio"/> Not informed
	<input type="radio"/> Não declarada	<input type="radio"/> Não declarada	<input type="radio"/> Não declarada	<input type="radio"/> Não Declarada	<input type="radio"/> Not stated	<input type="radio"/> Not informed
Speaks english	Fala inglês	Fala inglês	Fala inglês	Fala português	Speaks Portuguese	Speaks Portugues
<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> Yes
<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No
Age	Idade	Idade	Idade	Idade	Age	Age
<input type="radio"/> 19 years old or less	<input type="radio"/> 19 anos ou menos	<input type="radio"/> 19 anos ou menos	<input type="radio"/> menor ou igual a 19 anos	<input type="radio"/> menor ou igual a 19 anos	<input type="radio"/> 19 yrs old or under	<input type="radio"/> 19 years or younger
<input type="radio"/> 20-34 yrs old	<input type="radio"/> 20-34 anos	<input type="radio"/> 20-34 anos	<input type="radio"/> 20-34 anos	<input type="radio"/> 20-34 anos	<input type="radio"/> 20 – 34 yrs	<input type="radio"/> 20 – 34 years
<input type="radio"/> 35-39 yrs old	<input type="radio"/> 35-39 anos	<input type="radio"/> 35-39 anos	<input type="radio"/> 35-39 anos	<input type="radio"/> 35-39 anos	<input type="radio"/> 35 – 39 yrs	<input type="radio"/> 35 – 39 years
<input type="radio"/> 40 or more	<input type="radio"/> 40 anos ou mais	<input type="radio"/> 40 anos ou mais	<input type="radio"/> 40 anos ou mais	<input type="radio"/> 40 anos ou mais	<input type="radio"/> 40 yrs or over	<input type="radio"/> 40 years or older
Gestation (completed weeks)	Gestação (semanas completas)	Idade gestacional (em semanas completas)	Gestação (semanas completas)	Gestação (semanas completas)	Pregnancy (completed weeks)	Gestation (in weeks)

<input type="radio"/> Less than 28 weeks	<input checked="" type="radio"/> Menos de 28 sem.	<input checked="" type="radio"/> Menos de 28 semanas	<input checked="" type="radio"/> Menos de 28 semanas	<input type="radio"/> Under 28 weeks	<input type="radio"/> Less than 28 weeks
<input type="radio"/> 20-36 weeks	<input checked="" type="radio"/> 20-36 sem.	<input checked="" type="radio"/> 20-36 semanas	<input checked="" type="radio"/> 20-36 semanas	<input type="radio"/> 20 - 36 weeks	<input type="radio"/> 20 - 36 weeks
<input type="radio"/> 37-42 weeks	<input checked="" type="radio"/> 37 - 42 sem.	<input checked="" type="radio"/> 37-42semanas	<input checked="" type="radio"/> 37-42semanas	<input type="radio"/> 37-42 weeks	<input type="radio"/> 37-42 weeks
<input type="radio"/> more than 42 weeks	<input checked="" type="radio"/> Mais de 42 semanas	<input checked="" type="radio"/> mais de 42 semanas	<input checked="" type="radio"/> mais de 42 semanas	<input type="radio"/> over 42 weeks	<input type="radio"/> More than 42 weeks
<b>Parity</b>	<b>Paridade</b>	<b>Paridade</b>	<b>Paridade</b>	<b>Number of children</b>	<b>Parity</b>
<input type="radio"/> please write the number in box, must be parity of 1 or more	<input type="radio"/> favor por numero no quadrado, deve ser paridade de 1 ou mais	<input checked="" type="radio"/> Por favor escreva o numero de vezes que ficou grávida no parêntese. Obs o numero de gravidez deve ser de 1 ou mais	<input type="radio"/> Por favor, escreva o numero na caixa, deve ser paridade maior ou igual a 1.	<input type="radio"/> Please write the number in the box. It should be higher or equal to 1	<input type="radio"/> Please indicate the number of live births in the box; the number should be equal or greater than 1.
<b>Pregnancy</b>	<b>Gravidez</b>	<b>Gestação</b>	<b>Gravidez</b>	<b>Gestação</b>	<b>Type of gestation</b>
<input type="radio"/> Singleton	<input type="radio"/> única	<input type="radio"/> única	<input type="radio"/> única	<input type="radio"/> single	<input type="radio"/> single
<input type="radio"/> Multiple	<input type="radio"/> múltipla	<input type="radio"/> múltipla	<input type="radio"/> múltipla	<input type="radio"/> multiple	<input type="radio"/> multiple
<b>BMI (Body Mass Index)at booking</b>	<b>IMC (no momento da entrada)</b>	<b>Índice de Massa Corpórea (descrito no cartão de pré-natal)</b>	<b>Índice de massa corpórea (no momento do exame)</b>	<b>BMI (Body mass index) when admitted (to hospital)</b>	<b>Body Mass Index on internment</b>



Baby's DOB (Date of Birth) ___/___/___ Birth details (tick all that apply)	Data do nascimento Detalhes do parto (marque tudo que se aplica)	Data de Nascimento do bebê ___/___/___ Informações do nascimento (assinalar todas que as opções aplicáveis)	Data do parto ___/___/___ Detalhes do parto (marque todos que se aplicam)	Data de Nascimento do bebê ___/___/___ Informações do nascimento (marque todos que se aplicam)	Baby's date of birth Birth details (tick all applicable options)	Infant's date of birth Delivery information (mark all that apply)
<input type="radio"/> Spontaneous	<input checked="" type="radio"/> Espontâneo	<input checked="" type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Espontâneo	<input checked="" type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Natural	<input type="radio"/> Normal
<input type="radio"/> Ventouse	<input checked="" type="radio"/> Ventosa	<input checked="" type="radio"/> Vácuo extrator	<input type="radio"/> Instrumental	<input checked="" type="radio"/> Vácuo extrator	<input type="radio"/> Vacuum extraction	<input type="radio"/> Vacuum Extraction
<input type="radio"/> Forceps	<input checked="" type="radio"/> Forceps	<input checked="" type="radio"/> Forceps	<input type="radio"/> Forceps	<input checked="" type="radio"/> Forceps	<input type="radio"/> Forceps	<input type="radio"/> Forceps
<input type="radio"/> Failed Instrumental	<input checked="" type="radio"/> Falha Instrumental	<input type="radio"/> Cesárea após tentativa de parto vaginal instrumental	<input type="radio"/> Cesareana	<input checked="" type="radio"/> Falha instrumental	<input type="radio"/> Instrumental failure	<input type="radio"/> Instrument error
<input type="radio"/> Caesarean	<input checked="" type="radio"/> Cesariana	<input checked="" type="radio"/> Cesareana	<input type="radio"/> Cesarea	<input checked="" type="radio"/> Cesareana	<input type="radio"/> Cesarean	<input type="radio"/> Cesarean
<input type="radio"/> Admission to HDU/ITU/CCU/High Dependency Unit/Intensive	<input checked="" type="radio"/> Admissão em UTI após nascimento	<input type="radio"/> Internação em HDU/ Unidade de Cuidado Intensivo ou	<input type="radio"/> Admissão a Unidade semi-intensiva/ Unidade terapia intensiva/	<input checked="" type="radio"/> Internação em Unidade de Terapia Intensiva/Unidade	<input type="radio"/> Admission to Intensive Care Unit/ Coronary Unit	<input type="radio"/> Intensive Care Unit/ Coronary Unit

Therapy Unit Coronary Care Unit) after the birth	Intermediário	Unidade coronariana após o parto	Coronariana	Intensive Care Unit	Internment
PERINEAL TRAUMA/ABDOMINAL WOUND	TRAUMA PERINEAL/FERIDA OPERATORIA ABDOMINAL	TRAUMA PERINEAL / FERIDA CIRURGICA	TRAUMA PERINEAL/FERIDA OPERATORIA ABDOMINAL	PERINEAL TRAUMA/ ABDOMINAL SURGICAL WOUND	PERINEAL TRAUMA/ABDOMINAL SURGICAL LESION
Has the woman had a perineal trauma and/or abdominal wound? ( ) Yes ( ) No (tick all that apply)	A mulher teve um trauma perineal e/ou ferida abdominal? <input type="checkbox"/> Sim ( ) Não (assinalar todas as opções aplicáveis)	A mulher teve um trauma perineal e/ou ferida abdominal? <input type="checkbox"/> Sim ( ) Não (marque todos os itens que se aplicam)	A mulher teve trauma perineal e/ou ferida operatória abdominal? <input type="checkbox"/> Sim ( ) Não (marque todos os itens que se aplicam)	Did the lady suffer perineal trauma and/or an abdominal surgical wound? ( ) Yes ( ) No (tick all applicable options)	The woman suffered perineal trauma and/or abdominal operative lesion? ( ) Yes ( ) No (Indicate all that apply)
( ) Abdominal wound following any other surgery (e.g. laparotomy)	<input type="checkbox"/> Ferida Abdominal seguida de qualquer outra cirurgia	<input type="checkbox"/> Ferida operatória abdominal após qualquer outra cirurgia (por exemplo Laparotomia)	<input type="checkbox"/> Ferida operatória abdominal após qualquer outra cirurgia (por exemplo Laparotomia)	( ) Abdominal wound after any other kind of surgery (e.g. Laparotomy)	( ) Abdominal perineal lesion with other types of surgery (i.e. laparotomy)
( ) Caesarean	<input type="checkbox"/> Cesariana	<input type="checkbox"/> Cesareana	<input type="checkbox"/> Cesareana	( ) Caesarean	( ) Caesarean section
( ) 1 <sup>st</sup> degree tear	<input type="checkbox"/> Raso de 1.º grau	<input type="checkbox"/> laceração 1º grau	<input type="checkbox"/> Laceração 1.º grau	( ) 1 <sup>st</sup> degree tear	( ) 1 <sup>st</sup> Degree Surgical Tear

<input type="radio"/> 2 <sup>nd</sup> degree tear	<input type="radio"/> Razo de 2o. grau	<input type="radio"/> Laceração 2º grau	<input type="radio"/> Laceração de 2º grau	<input type="radio"/> 2 <sup>nd</sup> degree tear	<input type="radio"/> 2 <sup>nd</sup> Degree Surgical Tear
<input type="radio"/> 3 <sup>rd</sup> /4 <sup>th</sup> degree tear	<input type="radio"/> Rasgos de 3o. e 4o. graus	<input type="radio"/> Laceração 3º /4º grau	<input type="radio"/> Laceração de 3º/4º grau	<input type="radio"/> 3 <sup>rd</sup> / 4 <sup>th</sup> degree tear	<input type="radio"/> 3 <sup>rd</sup> / 4 <sup>th</sup> Degree Surgical Tear
<input type="radio"/> Episiotomy	<input type="radio"/> Corte Perineal	<input type="radio"/> Episiotomia	<input type="radio"/> Episiotomia	<input type="radio"/> Episiotomy	<input type="radio"/> Episiotomy
POST PARTUM HAEMORRHAGE	HEMORRAGIA POS- PARTO	HEMORRAGIA POS- PARTO	HEMORRAGIA POS- PARTO	POSTPARTUM HAEMORRHAGE	POST PARTUM HAEMORRHAGE
What was the estimated blood loss?	Qual foi a perda estimada de sangue?	Qual a quantidade de perda sanguínea?	Qual a perda sanguínea estimada?	Estimated blood loss	What is the amount of blood loss?
<input type="radio"/> 499mls or less	<input type="radio"/> 499ml ou menos	<input type="radio"/> 499ml ou menos	<input type="radio"/> 499ml ou menos	<input type="radio"/> 499 ml or less	<input type="radio"/> 499 ml or less
<input type="radio"/> 500-999mls	<input type="radio"/> 500 – 999ml	<input type="radio"/> 500 – 999ml	<input type="radio"/> 500 – 999ml	<input type="radio"/> 500 – 999ml	<input type="radio"/> 500 – 999ml
<input type="radio"/> 1000-1999mls	<input type="radio"/> 1000 – 1999ml	<input type="radio"/> 1000 – 1999ml	<input type="radio"/> 1000 – 1999ml	<input type="radio"/> 1000 – 1999ml	<input type="radio"/> 1000 – 1999ml
<input type="radio"/> 2000mls+	<input type="radio"/> 2000 ml ou mais	<input type="radio"/> 2000 ml ou mais	<input type="radio"/> maior que 2000 ml	<input type="radio"/> 2000 ml or more	<input type="radio"/> 2000 ml or more
Since birth, has the woman:	Desde o nascimento, a mulher teve:	Desde o nascimento, a mulher teve:	Desde o parto, a mulher teve:	Since giving birth, has the mother:	Has the woman experienced any of the following since delivery:
(tick all that apply)	(marque tudo que se aplica)	(assinalar todas as opções aplicáveis)	(marque todos os itens aplicam)	(tick all applicable options)	(mark all that apply)

<input type="checkbox"/> Had any faint or collapse?	<input checked="" type="checkbox"/> Teve algum desmaio ou colapso?	<input type="checkbox"/> Fainted or collapsed?	<input type="checkbox"/> Fainting spell or unconscious incident?
<input type="checkbox"/> Had an Hb ever measured at less than 7.0 g/dL?	<input checked="" type="checkbox"/> Teve um Hb medido em menos de 7,0 g/dl?	<input type="checkbox"/> Had Hb (hemoglobin) level lower than 7,0 g/dl?	<input type="checkbox"/> Hgb (hemoglobin) result less than 7.0 g/dl?
<input type="checkbox"/> Received a blood transfusion?	<input checked="" type="checkbox"/> Receber transfusão de sangue?	<input type="checkbox"/> Received a blood transfusion?	<input type="checkbox"/> blood transfusion?
<input type="checkbox"/> Received IV iron?	<input checked="" type="checkbox"/> Receber ferro IV?	<input type="checkbox"/> Received iron intravenously?	<input type="checkbox"/> intravenous iron supplement?
<input type="checkbox"/> None of these	<input type="checkbox"/> Nenhuma das alternativas	<input type="checkbox"/> none of the above	<input type="checkbox"/> none of the above
<b>INFECTION</b>	<b>INFECCAO</b>	<b>INFECCAO</b>	<b>INFECCAO</b>
Has the woman had an infection since the onset of labour or within 10 days of birth? (At the point of survey)	A mulher teve algum tipo de infecção desde o principio do parto até dez dias do nascimento? (No ponto da pesquisa)	Did the woman have any infection from the time she went into labor, during labor or up to 10 days after the birth? (Until the time of interview)	Has the woman experienced any infection since the beginning of labor, during delivery or within 10 days post partum? (Up to the moment of interview)
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Urinary tract infection	<input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário	<input type="checkbox"/> Urinary tract infection	<input type="checkbox"/> Urinary tract infection

<input checked="" type="checkbox"/> Cesarean abdominal wound	<input checked="" type="checkbox"/> Cesariana ferida abdominal	<input checked="" type="checkbox"/> Ferida abdominal/ Cesareana	<input checked="" type="checkbox"/> ferida da cesárea/ abdominal	<input checked="" type="checkbox"/> Ferida da cesareana/ Ferida abdominal	<input type="checkbox"/> Cesarean wound/ abdominal wound	<input type="checkbox"/> Cesarean lesion abdominal
<input checked="" type="checkbox"/> mastitis	<input checked="" type="checkbox"/> Mastite	<input checked="" type="checkbox"/> Mastite	<input checked="" type="checkbox"/> mastite	<input checked="" type="checkbox"/> Mastite	<input type="checkbox"/> Mastitis	<input type="checkbox"/> Mastitis
<input checked="" type="checkbox"/> Uterine infection	<input checked="" type="checkbox"/> Infecção Uterina	<input checked="" type="checkbox"/> Infecção uterina	<input checked="" type="checkbox"/> infecção uterina	<input checked="" type="checkbox"/> Infecção uterina	<input type="checkbox"/> Uterine infection	<input type="checkbox"/> Uterine infection
<input type="checkbox"/> Perineal wound (tick all that apply)	<input checked="" type="checkbox"/> Ferida perineal (assinalar todas as opções aplicáveis)	<input checked="" type="checkbox"/> Ferida perineal	<input checked="" type="checkbox"/> Infecção da ferida perineal (marque todos que se aplicam)	<input checked="" type="checkbox"/> Ferida perineal (marque todos que se aplicam)	<input type="checkbox"/> Perineal wound (tick all those which apply)	<input type="checkbox"/> Perineal lesion (mark all that apply)
<b>BABY</b>	<b>BEBE</b>	<b>RECEMNASCIDO</b>	<b>RECEM-NASCIDO (RN)</b>	<b>BEBE</b>	<b>BABY</b>	<b>THE BABY</b>
Did the baby have an Apgar Score of 6 or less at 5 minutes of birth? ( ) Yes ( ) No	O bebê teve um Apgar de 6 ou menos após 5 minutos do nascimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	O recém nascido apresentou índice de Apgar menor ou igual a 6 no quinto minuto após o nascimento? ( ) Sim ( ) Não	OR N teve um Apgar menor ou igual a 6 nos primeiros 5 minutos do nascimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	O bebê teve escore de Apgar menor ou igual a 6 no 5º minuto após o nascimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	Did the baby score 6 or less on the Apgar test five minutes after birth? <input type="checkbox"/> Yes ( ) No	The baby's Apgar score at 5 minutes after birth was equal to 6 or less? ( ) Yes ( ) No
Did the baby require transfer/admission to SCBU/NNU/ICU (Special Care Baby)	O bebê precisou ser transferido/admitido na UTI Neonatal?	O recém nascido precisou ser transferido/admitido	OR N necessitou de transferência / admissão no Berçário de alto risco/ Unidade	O bebê necessitou ser transferido/internado em Unidade Neonatal/Unidade de	Did the baby need to be transferred or admitted to the Neo/Natal Unit/	The baby needed the intervention in the Neonate Unit/Neonate



Unit/Neonatal Unit/ Neonatal Intensive Care Unit?	para	neonatal/ UTI neonatal	Terapia Intensiva Neonatal?	Neonatal Intensive Care Unit?	Intensive Unit?
<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim - esperado <input type="checkbox"/> Sim - não esperado <input type="checkbox"/> Yes - unexpected <input type="checkbox"/> Yes - unexpected	SCBU: Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal NNU: Unidade neonatal NICU: Unidade de tratamento intensivo neonatal <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim - era esperado <input type="checkbox"/> Sim - não era esperado	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - esperado <input type="checkbox"/> Sim - inesperado	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Yes - expected <input type="checkbox"/> No - unexpected <input type="checkbox"/> Sim - inesperado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - expected <input type="checkbox"/> No - unexpected	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Expected Yes <input type="checkbox"/> Not expected Yes
WOMEN'S PERCEPTION OF SAFETY - TO BE ASKED OF THE WOMAN	PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA DA MULHER - A SER PERGUNTADO SOBRE A MULHER	PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE SEGURANÇA - PERGUNTAR A MULHER	PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE SEGURANÇA - PERGUNTAR A MULHER	THE WOMAN'S PERCEPTION ON SAFETY - ASK THE WOMAN	WOMEN'S PERCEPTION OF SAFETY - ASK THE WOMAN
Were you ever separated from your baby? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Você já foi separada de seu bebê? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Você foi separada de seu bebê? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Você já foi separada de seu bebê? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Were you separated from your baby? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Were you separated from your baby? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

<p>Were you left alone by midwives or doctors at a time when it worried you (during labour or birth)?</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	<p>Você foi deixada sozinha por parteiras ou médicos em momentos que te assustou (durante o parto ou nascimento)</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Você já foi deixada sozinha pelas enfermeiras obstétricas/obstetrizes/ parteiras ou médicos em algum momento em que você estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não</p>	<p>Você ficou sozinha, sem o médico/enfermeiro ou a parteira no momento que mais a preocupava (durante o trabalho de parto ou no parto)?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Você já foi deixada sozinha pelas enfermeiras obstétricas/obstetrizes ou médicos em algum momento em que você estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Were you left alone by the obstetric nurses or doctors at any time when you were feeling concerned (during labor or the delivery)?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	<p>Did the obstetrical nurses/midwives/ or physicians, leave you alone at any time during labor or delivery when you were feeling concerned?</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>
<p>If you raised a concern during labour and birth about safety, did you feel that it was taken seriously?</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No concerns</p>	<p>Se você expressou preocupação durante o parto ou nascimento sobre segurança, foi levada a sério?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sem preocupação</p>	<p>Quando você questionou uma preocupação durante o trabalho de parto e parto sobre segurança, você sentiu que foi levada a sério?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não houve preocupações</p>	<p>Se você teve algum problema sobre segurança durante o trabalho de parto, você acha que foi levado a sério?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não teve problemas</p>	<p>Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, foi levada a sério?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não teve preocupações</p>	<p>If you expressed concerns over safety during labour or delivery, were you taken seriously?</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Did not have any concerns</p>	<p>Were your concern about labor or delivery safety taken in consideration?</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Had no concerns</p>

<p>Would you like to talk any of these questions with a midwife/doctor or other person?</p> <p>( ) Yes ( ) No</p>	<p>Você gostaria de falar sobre alguma destas questões com a parteira/médico ou outra pessoa?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim ( ) Não</p>	<p>Você gostaria de conversar sobre alguma destas perguntas com uma enfermeira obstétrica / obstétriz / parteira / médico ou outra pessoa?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim ( ) Não</p>	<p>Você gostaria de falar sobre alguma destas questões com a parteira/ médico/ enfermeiro ou outra pessoa?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim ( ) Não</p>	<p>Você gostaria de falar sobre alguma destas questões com uma enfermeira obstétrica / obstétriz / parteira / médico ou outra pessoa?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim ( ) Não</p>	<p>Você gostaria de falar sobre alguma destas questões com a parteira/médico ou outra pessoa?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim ( ) Não</p>	<p>Would you like to comment any of these questions with the obstetrical nurse/midwife/ physician or other person?</p> <p>( ) Yes ( ) No</p>
<p>(If "Yes", please refer to a midwife/doctor to follow-up)</p>	<p>Would you like to discuss any of these concerns with an obstetric nurse, doctor or anyone else?</p> <p>( ) Yes ( ) No</p>	<p>Caso afirmativo, favor reporte-se a enfermeira obstétrica/obstétriz/médico para dar seguimento)</p>	<p>(Se sim, por favor peça a parteira/ médico/ enfermeiro para fazer o acompanhamento)</p>	<p>(Se "Sim", por favor consulte um profissional enfermeira obstétrica/ obstétriz/parteira/médico para acompanhamento)</p>	<p>Caso afirmativo, favor reporte-se a enfermeira obstétrica/obstétriz/médico para dar seguimento)</p>	<p>If the answer is yes, please report to an obstetric nurse/ doctor to follow up on your concerns</p>
OPTIONAL LOCAL MEASURE/NOTES	OPTIONAL NOTES	NOTAS OPCIONAIS	MEDIDAS LOCAIS OPCIONAIS/ OBSERVAÇÕES	NOTAS	MEDIDA LOCAL OPCIONAL/ NOTAS	OPTIONAL REMARKS

**APÊNDICE B** - Material para análise pelo Comitê de *experts***DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

1. Nome
2. Idade
3. Formação  
(Graduação)\_\_\_\_\_ (ano)\_\_\_\_\_
4. Pós Graduação  
( \_\_\_\_\_ )  
Especialização/Residência(área)\_\_\_\_\_ (ano)\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
( ) Mestrado(área)\_\_\_\_\_ (ano)\_\_\_\_\_  
( ) Doutorado(área)\_\_\_\_\_ (ano)\_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) Pós  
Doutorado(área)\_\_\_\_\_ (ano)\_\_\_\_\_
5. Área \_\_\_\_\_ de  
Atuação\_\_\_\_\_
6. Atuação Profissional  
( ) Docência (tempo em anos)\_\_\_\_\_  
( ) Assistência (tempo em anos)\_\_\_\_\_  
( ) Docência e Assistência
7. Instituição \_\_\_\_\_ onde  
atua\_\_\_\_\_
8. Tempo de Atuação na Área de Saúde (anos)\_\_\_\_\_
9. Tempo de Atuação na Área de Saúde da Mulher (anos)\_\_\_\_\_
10. Domínio da Língua Inglesa  
Leitura ( ) Pouco ( ) Razoavelmente ( ) Bem  
Fala ( ) Pouco ( ) Razoavelmente ( ) Bem  
Escrita ( ) Pouco ( ) Razoavelmente ( ) Bem  
Compreensão ( ) Pouco ( ) Razoavelmente ( ) Bem
11. Morou em algum país de língua inglesa? ( ) Sim ( ) Não.  
Qual? \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_ quanto  
tempo? \_\_\_\_\_ (meses/anos)

## MATERIAL PARA ANÁLISE PELO COMITÊ DE *EXPERTS*

### ESTÁGIO IV - COMITÊ DE *EXPERTS* ORIENTAÇÕES E PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS

Caro expert, no material abaixo, a coluna da esquerda contém o instrumento original *Maternity Safety Thermometer* (versão em inglês) e na coluna da direita a versão traduzida para o português, resultante da síntese das traduções e retrotraduções (estágios I, II e III).

#### **Estágio do Processo de Adaptação Transcultural com o qual você contribuirá**

No **estágio IV**, é constituído um comitê de *experts* para alcançar a equivalência transcultural do instrumento. Este deve ser composto, no mínimo, de profissionais de saúde, profissionais da linguagem e os tradutores que participaram dos estágios anteriores. Nesta etapa, também deve ser mantido contato próximo com os criadores do instrumento. É função deste comitê consolidar todas as versões do instrumento e elaborar a versão pré-final do instrumento, a ser testada. Devem ser fornecidos todas as versões do instrumento (original, traduções e retro traduções), bem como todos os relatórios escritos. Todas as decisões tomadas por este comitê devem estar descritas em um minucioso relatório escrito. É necessário que a versão pré-final, alcance equivalência semântica (equivalência do significado gramatical e de vocabulário das palavras), idiomática (uso de expressões equivalentes nos dois idiomas, inglês e português), cultural (coerência com as experiências vivenciadas pela população a que se destina o instrumento) e conceitual (equivalência dos itens com os domínios a que se pretende avaliar).

No presente estudo, o comitê de experts, do qual você está participando, é composto de 15 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e fisioterapeuta), de regiões diversificadas do país, especialistas nas áreas de obstetrícia, pediatria, neonatologia, epidemiologia, saúde coletiva, gestão da qualidade em serviços de saúde, segurança do paciente e controle de infecção hospitalar (BEATON et al., 2000).

Ao julgar cada item e opção de resposta, você fará a análise da equivalência por meio de uma escala do tipo *Likert* que apresenta pontuação entre -1 e +1, em que **-1** significa **não equivalente**; **0** significa **pouco equivalente**; **+1** significa **equivalente**.

Para considerar o item/opção como equivalente é mister esclarecer que ele precisa ter alcançado as quatro equivalências recomendadas pela referência adotada neste estudo, que são:

- **Equivalência semântica** - equivalência do significado gramatical e de vocabulário das palavras;

- **Equivalência idiomática** - uso de expressões equivalentes nos dois idiomas, inglês e português;

- **Equivalência cultural** - coerência com as experiências vivenciadas pela população a que se destina o instrumento;

- **Equivalência conceitual** - equivalência dos itens com os domínios a que se pretende avaliar.

Sempre que o item/opção, receber, em seu julgamento, a pontuação -1 ou 0, é necessário que você faça sugestão e justificativa de alteração para ele alcance à equivalência.

\*Seguem algumas notas de rodapé, ao final deste documento com breves detalhes do estudo e com o resumo de dúvidas que nos foram esclarecidas pelos criadores do instrumento (*National Health Service*) da Inglaterra.

INSTRUMENTO ORIGINAL	VERSAO TRADUZIDA	ANALISE DO COMITE			SUGESTOES/JUSTIFICATIVAS PARA ALCANÇAR EQUIVALENCIA
		-1 Não Equivalente	0 Pouco Equivalente	+1 Equivalente	
MATERNITY SAFETY THERMOMETER	TERMOMETRO DE SEGURANÇA OBSTETRICÁ				
PLACE AND MODE OF BIRTH	LOCAL E MODO DE NASCIMENTO				
Place of Survey	Local da pesquisa				
<input type="checkbox"/> Community	<input checked="" type="checkbox"/> Comunidade				
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Hospital				
<input type="checkbox"/> Midwifery Led Unit	<input type="checkbox"/> Centro de parto				
Date of survey ___/___/201__	Data da pesquisa ___/___/201__				
Ethnicity	Etnia (cor da pele)				
<input type="checkbox"/> White British	<input checked="" type="checkbox"/> Branca				
<input type="checkbox"/> BME (Black and Minority Ethnic)	<input type="checkbox"/> Preta				
	<input checked="" type="checkbox"/> Parda				
<input type="checkbox"/> Not stated	<input checked="" type="checkbox"/> Não Declarada				

<b>Speaks english</b>	<b>Fala português</b>				
<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> Sim				
<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Não				
<b>Age</b>	<b>Idade</b>				
<input type="radio"/> 19 years old or less	<input type="radio"/> menor ou igual a 19 anos				
<input type="radio"/> 20-34 yrs old	<input type="radio"/> 20 -34 anos				
<input type="radio"/> 35-39 yrs old	<input type="radio"/> 35 - 39 anos				
<input type="radio"/> 40 or more	<input type="radio"/> 40 anos ou mais				
<b>Gestation (completed weeks)</b>	<b>Gestação (semanas completas)</b>				
<input type="radio"/> Less than 28 weeks	<input type="radio"/> menos de 28 semanas				
<input type="radio"/> 28-36 weeks	<input type="radio"/> 28 - 36 semanas				
<input type="radio"/> 37-42 weeks	<input type="radio"/> 37 - 42 semanas				
<input type="radio"/> more than 42 weeks	<input type="radio"/> Mais de 42 semanas				
<b>Parity</b>	<b>Paridade</b>				
<input type="radio"/> please write the number in box; must be parity of 1 or more	<input type="radio"/> Por favor escreva o número na caixa; deve ser maior ou igual a 1"				



<b>Pregnancy</b>	<b>Gestação</b>						
<input type="radio"/> Single	<input type="radio"/> única						
<input type="radio"/> Multiple	<input type="radio"/> múltipla						
<b>BMI (Body Mass Index/at booking)</b>	<b>IMC (Índice de massa corpórea/na internação)</b>						
<input type="radio"/> 18,5 or less	<input type="radio"/> 18,5 ou menos						
<input type="radio"/> 18,6-24,9	<input type="radio"/> 18,6-24,9						
<input type="radio"/> 25-29,9	<input type="radio"/> 25-29,9						
<input type="radio"/> 30-34,9	<input type="radio"/> 30-34,9						
<input type="radio"/> 35-39,9	<input type="radio"/> 35-39,9						
<input type="radio"/> 40 or more	<input type="radio"/> 40 ou mais						
<b>Where did she give birth?</b>	<b>Onde ela pariu?</b>						
<input type="radio"/> Obstetrics Unit	<input type="radio"/> Unidade obstétrica						
<input type="radio"/> Co-located Midwifery Unit	<input checked="" type="radio"/> Centro de Parto Normal anexo ao hospital						
<input type="radio"/> Free standing Midwifery Unit	<input type="radio"/> Centro de Parto Normal Independente do hospital						

<input type="radio"/> Home	<input checked="" type="radio"/> Em casa				
<input type="radio"/> Other _____	<input checked="" type="radio"/> Outro _____				
<b>Baby's DOB (Date of Birth)</b> ___/___/___	<b>Data de Nascimento do bebê</b> ___/___/___				
<b>Birth details</b> (tick all that apply)	<b>Informações do parto</b> (marque todos os itens que se aplicam)				
<input type="radio"/> Spontaneous	<input checked="" type="radio"/> Normal				
<input type="radio"/> Ventouse	<input checked="" type="radio"/> Vácuo extrator				
<input type="radio"/> Forceps	<input checked="" type="radio"/> Fórceps				
<input type="radio"/> Caesarean	<input checked="" type="radio"/> Cesariana				
<input type="radio"/> Failed Instrumental	<input checked="" type="radio"/> Falha instrumental				
<input type="radio"/> Admission to HDU/ITU/CCU (High Dependency Unit/Intensive Therapy Unit/Coronary Care Unit) after the birth	<input checked="" type="radio"/> Admissão em Unidade Semi-intensiva/Unidade de Terapia Intensiva/Unidade Coronariana após o parto				
<b>PERINEAL TRAUMA/ABDOMINAL WOUND</b>	<b>TRAUMA PERINEAL/FERIDA OPERATORIA ABDOMINAL</b>				

<p>Has the woman had a perineal trauma and/or abdominal wound?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no (tick all that apply)</p>	<p>A mulher teve trauma perineal e/ou ferida operatória abdominal?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>(marque todos os itens que se aplicam)</p>		
<p><input type="checkbox"/> Abdominal wound following any other surgery (e.g. laparotomy)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ferida operatória abdominal após qualquer outra cirurgia (por exemplo Laparotomia)</p>		
<p><input type="checkbox"/> Caesarean</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Cesariana</p>		
<p><input type="checkbox"/> 1<sup>st</sup> degree tear</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Laceração de 1.º grau</p>		
<p><input type="checkbox"/> 2<sup>nd</sup> degree tear</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Laceração de 2.º grau</p>		
<p><input type="checkbox"/> 3<sup>rd</sup>/4<sup>th</sup> degree tear</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Laceração de 3.º / 4.º grau</p>		
<p><input type="checkbox"/> Episiotomy</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Episiotomia</p>		
<p>POST PARTUM HAEMORRHAGE</p>	<p>HEMORRAGIA POS PARTO</p>		
<p>What was the estimated blood loss?</p>	<p>Qual a perda sanguínea estimada?</p>		

<input type="radio"/> 499mls or less	<input checked="" type="radio"/> 499ml ou menos				
<input type="radio"/> 500-999mls	<input checked="" type="radio"/> 500 – 999ml				
<input type="radio"/> 1000-1999mls	<input checked="" type="radio"/> 1000 – 1999ml				
<input type="radio"/> 2000mls+	<input checked="" type="radio"/> 2000 ml ou mais				
Since birth, has the woman: (tick all that apply)	Desde o parto, a mulher teve: (marque todos os itens que se aplicam)				
<input type="radio"/> Had any faint or collapse?	<input checked="" type="radio"/> Teve algum desmaio ou colapso?				
<input type="radio"/> Had an Hb ever measured at less than 7.0g/dL?	<input type="radio"/> Teve uma medida de Hb (hemoglobina) inferior à 7,0g/dl?				
<input type="radio"/> Received a blood transfusion?	<input type="radio"/> Recebeu transfusão de sangue??				
<input type="radio"/> Received IV iron?	<input checked="" type="radio"/> Recebeu ferro intravenoso?				
<input type="radio"/> None of these	<input checked="" type="radio"/> Nenhuma das alternativas				
<b>INFECTION</b>	<b>INFECÇÃO</b>				
Has the woman had an infection since the onset of	A mulher teve alguma infecção desde o início				

<p>labour or within 10 days of birth? (At the point of survey) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>do trabalho de parto ou parto ou dentro de 10 dias pós-parto? (Até o momento da entrevista) <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>			
<p><input checked="" type="checkbox"/> Urinary tract infection</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Infecção do trato urinário</p>			
<p><input checked="" type="checkbox"/> Caesarean abdominal wound</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ferida da cesariana Ferida abdominal</p>			
<p><input checked="" type="checkbox"/> mastitis</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Mastite</p>			
<p><input checked="" type="checkbox"/> Uterine infection</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Infecção uterina</p>			
<p><input type="checkbox"/> Perineal wound (tick all that apply)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ferida perineal (marque todos os itens que se aplicam)</p>			
<p>BABY</p>	<p>BEBE</p>			
<p>Did the baby have an Apgar Score of 6 or less at 5 minutes of birth? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>O bebê teve escore de Apgar menor ou igual a 6 no 5º minuto após o nascimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>			

<p>Did the baby require transfer/admission to SCBU/NNU/NICU (Special Care Baby Unit/Neonatal Unit/ Neonatal Intensive Care Unit)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes - expected</p> <p><input type="checkbox"/> Yes - unexpected</p>	<p>O bebê necessitou ser transferido/internado em Unidade Neonatal/Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim - esperado</p> <p><input type="checkbox"/> Sim - inesperado</p>				
<p><b>WOMEN'S PERCEPTION OF SAFETY – TO BE ASKED OF THE WOMAN</b></p>	<p><b>PERCEÇÃO DA MULHER SOBRE SEGURANÇA – PERGUNTAR À MULHER</b></p>				
<p>Were you ever separated from your baby?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Você já foi separada de seu bebê?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>				
<p>Were you left alone by midwives or doctors at a time when it worried you (during labour or birth)?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Você já foi deixada sozinha pelas enfermeiras obstétricas/obstetrias ou médicos em algum momento em que você estava se sentindo</p>				

	<p>preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim ( ) Não</p>				
<p>If you raised a concern during labour and birth about safety, did you feel that it was taken seriously?</p> <p><input type="radio"/> No <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> No concerns</p>	<p>Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, foi levada a sério?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não tive preocupações</p>				
<p>Would you like to talk any of these questions with a midwife/doctor or other person?</p> <p><input type="radio"/> Yes ( ) No</p>	<p>Você gostaria de falar sobre alguma dessas questões com uma enfermeira obstétrica/obstetiz médico ou outra pessoa?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim ( ) Não</p>				
<p>(If "Yes", please refer to a midwife/doctor to follow-up)</p>	<p>Caso afirmativo, favor reporte-se à enfermeira obstétrica/obstetiz médi</p>				

	co para dar seguimento)				
<b>OPTIONAL LOCAL MEASURE/NOTES</b>	<b>NOTAS OPCIONAIS</b>				

\*Embora o instrumento tenha sido criado para ser utilizado em ambientes diversificados, tais como o local em que aconteceu o parto, comunidade, unidade de atendimento pós-parto, neste estudo, só faremos o pré-teste em maternidades (local do parto).

Tendo em vista que o instrumento, em sua versão disponibilizada possui diversas siglas, solicitamos a *staff* do NHS responsável pela criação do mesmo:

- **Significados das siglas:**

EMI = Body Mass Index

DOB = Date of Birth

SCBU = Special Care Baby Unit

NNU = Neonatal Unit

NICU = Neonatal Intensive Care Unit

HDU = High Dependency Unit

ITU = Intensive Therapy Unit

CCU = Coronary Care Unit

- **Significado no contexto do sistema de saúde da Inglaterra:**

I'm not entirely sure as I don't have a clinical background but a Neonatal Unit is the name for the whole department that deals with ill or premature babies, the SCBU is the level 1 care for babies that are not too ill and the NICU is the level 3 care for seriously ill or premature babies (Neonatal High Dependency Unit (NHDDU) is the level 2 care for those babies in between).

- **Esclarecimentos sobre o instrumento:**

Na pergunta sobre o Índice de Apgar o escote limite 6 e não 7, como costumamos utilizar aqui no Brasil, o *staff* do NHS nos informou que foi uma forma de causar menos confusão no momento da coleta de dados, tendo em vista que elegeram os valores do índice Apgar considerados patológicos, que são a queles, igual ou menores que 6.

Sobre como fazer a análise dos dados do item **OPTIONAL LOCAL MEASURE/NOTES**, tendo em vista que o instrumento já se encontra em uso na Inglaterra há mais de dois anos, eles nos afirmaram que não faziam análise estatística destes dados, mas que eles serviram em um primeiro momento, para avaliar a necessidade de inserir novos itens ou opções de respostas.



**APÊNDICE C - Formulário de coleta de dados do pré-teste com  
puérperas  
TERMÔMETRO DE SEGURANÇA NA MATERNIDADE**

Nome da paciente _____	
Instituição onde teve o bebê _____	
Grau de instrução _____	
Idade: _____	Município (MORADIA): _____
Registro: _____	Leito: _____ Data de internação: _____
<b>PERCEÇÃO DA MULHER SOBRE SEGURANÇA – PERGUNTAR A MULHER</b>	
Alguma vez você foi separada do seu bebê?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Essa pergunta ficou clara para você? _____ O que você compreendeu sobre essa pergunta?	
Você foi deixada sozinha pelos médicos/enfermeiras obstétricas/obstetrias em algum momento em que estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Essa pergunta ficou clara para você? _____ O que você compreendeu sobre essa pergunta?	
Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, você considera que foi levada a	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem preocupação
Essa pergunta ficou clara para você? _____ O que você compreendeu sobre essa pergunta?	
Você gostaria de falar sobre alguma dessas questões com um médico/enfermeira obstétrica/obstetria ou outra pessoa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Essa pergunta ficou clara para você? _____ O que você compreendeu sobre essa pergunta?	

**APÊNDICE D - Formulário de coleta de dados do pré-teste com enfermeiros**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

1. Nome \_\_\_\_\_
2. Idade \_\_\_\_\_
3. Formação (Graduação) \_\_\_\_\_ (ano) \_\_\_\_\_
4. Pós Graduação \_\_\_\_\_  
( ) Especialização/Residência(área) \_\_\_\_\_ (ano) \_\_\_\_\_  
( ) Mestrado(área) \_\_\_\_\_ (ano) \_\_\_\_\_  
( ) Doutorado(área) \_\_\_\_\_ (ano) \_\_\_\_\_
5. Área de Atuação \_\_\_\_\_
6. Instituição onde atua \_\_\_\_\_  
Tempo de Atuação na Área de Saúde (anos) \_\_\_\_\_  
Tempo de Atuação na Área de Saúde da Mulher/Neonatal (anos) \_\_\_\_\_

VERSÃO ADAPTADA DO INSTRUMENTO	ANÁLISE DO ENFERMEIRO QUE ATUA NA ASSISTÊNCIA POS-PARTO			SUGESTÕES E JUSTIFICATIVAS PARA TORNAR O ITEM/OPÇÃO DE RESPOSTA COMPREENSÍVEL
	-1 Não está compreensível	0 Está pouco compreensível	+1 Está compreensível	
<b>TERMOMETRO DE SEGURANÇA NA MATERNIDADE</b>				
<b>LOCAL E TIPO DE PARTO</b>				
Local da pesquisa				
<input type="radio"/> Comunidade				
<input type="radio"/> Hospital				
<input type="radio"/> Centro de parto				
Data da pesquisa				
____/____/____				
Cor da pele				
<input type="radio"/> Branca				
<input type="radio"/> Preta				
<input type="radio"/> Parda				

<input type="radio"/> Amarela				
<input type="radio"/> Indígena				
<input type="radio"/> Não Declarada				
<b>Fala português</b>				
<input type="radio"/> Sim				
<input type="radio"/> Não				
<b>Idade</b>				
<input type="radio"/> 19 anos ou menos				
<input type="radio"/> 20 -34 anos				
<input type="radio"/> 35 - 39 anos				
<input type="radio"/> 40 anos ou mais				
<b>Idade Gestacional (semanas completas)</b>				
<input type="radio"/> menos de 28 semanas				
<input type="radio"/> 28 - 36 semanas				
<input type="radio"/> 37 - 38 semanas				
<input type="radio"/> 39 - 42 semanas				



<input type="checkbox"/> ou peri hospitalar					
<input type="checkbox"/> Casa de Parto					
<input type="checkbox"/> Em casa					
<input type="checkbox"/> Outro _____					
<b>Data de Nascimento do bebê</b> ___/___/___					
<b>Informações do parto</b> (marque todos os itens que se aplicam)					
<input type="checkbox"/> Normal					
<input type="checkbox"/> Vácuo extrator					
<input type="checkbox"/> Fórceps					
<input type="checkbox"/> Falha instrumental (tentativa frustrada de vácuo extrator ou fórceps)					
<input type="checkbox"/> Cesariana					
<input type="checkbox"/> Admissão da mulher em Unidade de Semi-Intensiva/UTI/UTI Cardíaca após o parto					
<b>TRAUMA PERINEAL/INCISAO</b>					

<b>CIRURGICA ABDOMINAL</b>					
A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal? <input type="checkbox"/> Não ( ) Sim (marque todos os itens que se aplicam)					
<input type="checkbox"/> Incisão cirúrgica abdominal após outra cirurgia (por exemplo laparotomia)					
<input type="checkbox"/> Cesariana					
<input type="checkbox"/> Laceração de 1º grau					
<input type="checkbox"/> Laceração de 2º grau					
<input type="checkbox"/> Laceração de 3º/4º grau					
<input type="checkbox"/> Episiotomia					
<b>HEMORRAGIA POS-PARTO</b>					
Qual foi a perda sanguínea estimada? <input type="checkbox"/> 499ml ou menos					

<input type="radio"/> 500 – 999ml					
<input type="radio"/> 1000 – 1999ml					
<input type="radio"/> 2000 ml ou mais					
<b>Desde o parto, a mulher:</b> (marque todos os itens que se aplicam)					
<input type="radio"/> Teve algum desmato ou colapso?					
<input type="radio"/> Teve alguma vez a medida da Hb (hemoglobina) inferior a 7,0g/dl?					
<input type="radio"/> Recebeu transfusão de sangue?					
<input type="radio"/> Recebeu ferro intravenoso?					
<input type="radio"/> Nenhuma das alternativas					
<b>INFECÇÃO</b>					
<b>A mulher teve alguma das seguintes infeções desde o início do</b>					



trabalho de parto, até pós-parto? (Até o momento da entrevista)				
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
<input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário				
<input type="checkbox"/> Infecção na incisão da cesariana/cirúrgica abdominal				
<input type="checkbox"/> Mastite				
<input type="checkbox"/> Infecção uterina				
<input type="checkbox"/> Infecção do trauma perineal (marque todos os itens que se aplicam)				
<b>BEBE</b>				
<b>O bebê teve escore de Apgar menor ou igual a 6 no 5º minuto após o nascimento?</b>				
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

<p>O bebê precisou ser transferido/admitido em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal/Unidade Neonatal/UTI Neonatal?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim - esperado</p> <p><input type="checkbox"/> Sim - inesperado</p>				
<p><b>PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE SEGURANÇA - PERGUNTAR À MULHER</b></p>				
<p>Alguma vez você foi separada de seu bebê?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim ( ) Não</p>				
<p>Você foi deixada sozinha pelos médicos/enfermeiras obstétricas/obstetrias em algum momento em que estava se sentindo</p>				

preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, você considera que foi levada a sério? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem preocupações				
Você gostaria de falar sobre alguma dessas questões com um médico/enfermeira obstétrica/obstetiz ou outra pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
(Em caso afirmativo, favor referencie a mulher para um				
médico/enfermeira obstétrica/obstetiz para dar seguimento)				
NOTAS OPCIONAIS				

## APÊNDICE E - Termômetro de Segurança na Maternidade (versão adaptada)

### TERMÔMETRO DE SEGURANÇA NA MATERNIDADE

LOCAL E TIPO DE PARTO	
LOCAL DA PESQUISA	<input type="checkbox"/> Comunidade <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de parto normal
DATA DA PESQUISA	____/____/____
COR DA PELE	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não declarada
FALA INDIGUÊS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
IDADE	<input type="checkbox"/> 19 anos ou menos <input type="checkbox"/> 20-24 anos <input type="checkbox"/> 25-29 anos <input type="checkbox"/> 40 ou mais
IDADE GESTACIONAL (SEMANAS COMPLETAS)	<input type="checkbox"/> Menos de 25 sem. <input type="checkbox"/> 25-26 sem. <input type="checkbox"/> 27-28 sem. <input type="checkbox"/> 29-42 sem. <input type="checkbox"/> Mais de 42 sem.
	<input type="checkbox"/> (a parturida deve ser maior ou igual a 6)
DESTAÇÃO	<input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Múltipla
IMC (na admissão)	<input type="checkbox"/> 12,5 ou menos <input type="checkbox"/> 12,5-24,9 <input type="checkbox"/> 25-29,9 <input type="checkbox"/> 30-34,9 <input type="checkbox"/> 35-39,9 <input type="checkbox"/> 40 ou mais
ONDE TELA TEVE O PARTO?	<input type="checkbox"/> Centro Obstétrico <input type="checkbox"/> Centro de Parto Normal (ou Hospitalar, ou per hospitalar) <input type="checkbox"/> Casa de Parto
	<input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Outro (especificar): _____
DATA DE NASCIMENTO DO BEBÊ ____/____/____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Vácuo extrator <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Falta Instrumental (deslize, deslocamento, de vácuo, fórceps)
INFORMAÇÕES DO PARTO (marque todas as opções que se aplicam)	<input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/> Admissão da mulher em Unidade Semi-Intensiva/UTI/UTI-Cardio-respirat.-o. perf.
TRAUMA PERINEAL/INCISÃO CIRÚRGICA ABDOMINAL	
A MULHER TEVE TRAUMA PERINEAL ou INCISÃO CIRÚRGICA ABDOMINAL? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Laceração de 1º grau <input type="checkbox"/> Laceração de 2º grau <input type="checkbox"/> Laceração de 3º grau/4º grau <input type="checkbox"/> Esfoliação (marque todas as opções que se aplicam) <input type="checkbox"/> Cesariana
HEMORRAGIA PÓS-PARTO	
QUAL FOI A PERDA SANGÜÍNEA ESTIMADA?	<input type="checkbox"/> 499 ml ou menos <input type="checkbox"/> 500-999 ml <input type="checkbox"/> 1000-1999 ml <input type="checkbox"/> 2000 ml ou mais <input type="checkbox"/> Sem registro
DESDUO DO PARTO, A MULHER (marque todas as opções que se aplicam)	<input type="checkbox"/> Teve algum episódio de icterícia ou desmat? <input type="checkbox"/> Teve alguma vez a medida de Hb (hemoglobina) no inferior à Tgt? <input type="checkbox"/> Recebeu transfusão de sangue? <input type="checkbox"/> Recebeu ferro intravenoso? <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
INFECÇÃO	
A MULHER TEVE ALGUMA DAS SEGUINTEs INFECÇÕES DESDE O INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO, ATÉ 10 DIAS PÓS-PARTO? (Até o momento da entrevista)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Infecção no início da cesariana/cirúrgica abdominal <input type="checkbox"/> Mastite <input type="checkbox"/> Infecção Uterina <input type="checkbox"/> Infecção do trauma perineal <input type="checkbox"/> Outra(s) _____
BEBÊ	
O BEBÊ TEVE ESCORVA DE ANCA/MENOR OU IGUAL A 8 NO 3º MÍNUTO APÓS O NASCIMENTO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

O bebê PRECISOU SER TRANSFERIDO/ADMITIDO em Unidade De Cuidado Intermediário Neonatal/Unidade Neonatal/UTI Neonatal?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Prevista <input type="checkbox"/> Sim - Improvada
<b>PERCEÇÃO DA MULHER SOBRE SEGURANÇA...PERGUNTAR À MULHER</b>	
Alguma vez você foi separada do seu bebê, exceto se ele foi internado em uma Unidade Neonatal para receber o tratamento necessário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você foi deixada sozinho pelo médico/enfermeiro obstétrico/obstétricas em algum momento em que estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, você considera que foi levada a sério?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem preocupação
Você gostaria de falar sobre alguma questão com o médico/enfermeiro obstétrico/obstétricas ou outro profissional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  (Em caso afirmativo, favor referenciar a mulher para um ou médico/ enfermeiro obstétrico/obstétricas para dar seguimento)
<b>NOTAS OPCIONAIS</b>	

## APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das puérperas

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PUÉRPERA)

#### *Esclarecimentos*

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Adaptação transcultural do *Maternity Safety Thermometer* para o português do Brasil”, que tem como pesquisadoras responsáveis a Enfermeira Cristiane Ribeiro de Melo e a Professora Doutora Odaléa Maria Brüggemann da Universidade Federal de Santa Catarina.

Esta pesquisa pretende conhecer as complicações e danos decorrentes da assistência ao parto, que possam ter atingido a você e a seu (s) bebê (s), durante sua internação hospitalar.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a falta de instrumentos brasileiros ou internacionais que já estejam traduzidos e adaptados para medir os danos decorrentes da assistência à maternidade. Além de conhecer a realidade dos serviços de saúde de maternidade, no que diz respeito às medidas de segurança do paciente.

Caso você decida participar, você deverá responder às perguntas feitas pelas pesquisadoras, contidas no instrumento **Termômetro de Segurança na Maternidade** (*Maternity Safety Thermometer*), sobre a sua gravidez, trabalho de parto e parto. Além disso, as pesquisadoras também acessarão as informações registradas sobre sua assistência obstétrica e assistência neonatal do seu filho recém-nascido em seu prontuário, para identificar as respostas dos itens contidos no instrumento acima citado. O tempo médio previsto para o preenchimento foi de 15 minutos.

Durante a realização da entrevista a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido durante uma entrevista de uma consulta médica ou de saúde ou psicológica de rotina. O único risco específico seria de ter sua identificação exposta, no entanto, nós pesquisadoras responsáveis, assumimos o compromisso de manter em **ABSOLUTO SIGILO** os seus dados e os do seu filho, bem como suas respostas.

Quando este estudo for apresentado e/ou publicado seu nome e quaisquer outras informações que possam identificá-lo (a) não serão usados.

Podem acontecer algum desconforto no momento da entrevista, como por exemplo, você sentir-se constrangida em fornecer algumas informações necessárias a esta pesquisa; mas essa situação será minimizada por meio do direito que lhe é assegurado de não responder a quaisquer perguntas que não deseje e de em qualquer momento desistir de participar, sem que isso prejudique o seu atendimento e o do (os) seu (s) bebê (s), na maternidade. Embora você não tenha benefícios de forma direta e em curto prazo, você, ao participar deste estudo, contribuirá para que os danos sofridos pelos pacientes durante a assistência à maternidade sejam conhecidos, ponto chave para a elaboração e oferta de uma assistência de mais qualidade e segura. Além de contribuir para o desenvolvimento da ciência e com a melhoria da qualidade da assistência à saúde de mulheres e recém-nascidos, nesta instituição e em outras.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para as pesquisadoras responsáveis, Enfermeira Cristiane Ribeiro de Melo, por meio do telefone (84) 99418-8054, ou à Professora Odaléia Maria Brüggemann, pelo telefone (48) 3721-4910.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), telefone 3291-2411.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Cristiane Ribeiro de Melo.

### *Consentimento Livre e Esclarecido*

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer

os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado  
ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa  
Adaptação transcultural do *Maternity Safety Thermometer* para o  
português do Brasil, e autorizo a divulgação das informações por mim  
fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que  
nenhum dado possa me identificar.

Santa Cruz/RN ou Natal/RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do participante da pesquisa**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do pesquisador responsável**



Impressão  
datiloscópica do  
participante



## APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos enfermeiros

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIRO)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Adaptação transcultural do *Maternity Safety Thermometer* para o português do Brasil”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Enfermeira Cristiane Ribeiro de Melo e Professora Doutora Odaléa Maria Brüggemann da Universidade Federal de Santa Catarina.

Considerando as diferenças entre as culturas da Inglaterra e a brasileira, assim como a inexistência na atualidade de instrumentos que mensurem os eventos adversos relacionados à assistência à maternidade, este estudo tem como objetivo realizar a tradução e adaptação transcultural do instrumento de identificação de danos sofridos por mulheres e recém-nascidos, durante a assistência à maternidade, elaborado pelo *National Health Service (NHS)*, da Inglaterra, o *Maternity Safety Thermometer*, para o português do Brasil.

Sua participação está associada ao processo de adaptação deste instrumento, na fase de pré-teste do mesmo. Portanto, caso aceite participar, você deverá responder as perguntas feitas pelas pesquisadoras, contidas no instrumento **Termômetro de Segurança na Maternidade** (*Maternity Safety Thermometer*), sobre a gravidez, trabalho de parto e parto da puérpera e recém-nascido assistidos na unidade de alojamento conjunto ou assistência puerperal aonde você atua e sua compreensão sobre elas. O tempo médio previsto para a coleta dos dados é de 15 minutos.

Sua assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtida pela responsável pela pesquisadora, no momento da coleta de dados, caso você aceite participar da pesquisa. Sua participação neste estudo é voluntária, e, portanto, você é livre para recusar participar e para desistir de continuar participando a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Garantimos a você que as informações obtidas só serão utilizadas na realização deste estudo, e que não haverá nenhum tipo de gasto ou remuneração pela sua participação. O único risco a que você estaria exposto em participar seria sua identificação, no entanto, nós pesquisadoras responsáveis, assumimos o compromisso de manter em **ABSOLUTO SIGILO** seus dados e suas respostas. Os benefícios

decorrentes de sua participação neste estudo serão contribuir para que o instrumento que está em processo de adaptação transcultural seja equivalente na realidade brasileira.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, ou seja, é sua. E qualquer esclarecimento que você desejar sobre o estudo, poderá obter, entrando em contato com a pesquisadora, abaixo assinado. Quando este estudo for apresentado e/ou publicado seu nome e quaisquer outras informações que possam identificá-lo (a) não serão usados.

Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Enfermeira Cristiane Ribeiro de Melo, por meio do telefone (84) 99418-8054, ou à Professora Odaléa Maria Brüggemann, pelo telefone (48) 3721-4910 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Santa Cruz/RN, pelo telefone (84) 3291-6953 ou e-mails: [cep@facisa.ufrn.br](mailto:cep@facisa.ufrn.br)  
[cepfacisa@gmail.com](mailto:cepfacisa@gmail.com)

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTOS

Declaro que após ter sido detalhadamente esclarecido (a) pela pesquisadora, e ter compreendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa “Adaptação transcultural do *Maternity Safety Thermometer* para o português do Brasil”, por meio do preenchimento das perguntas contidas no instrumento **Termômetro da Segurança Obstétrica** (*Maternity Safety Thermometer*), sobre a gravidez, trabalho de parto e parto da puérpera e recém-nascido assistidos na unidade de alojamento conjunto ou assistência puerperal aonde você atua e da escala de Likert de compreensão sobre elas.

---

Assinatura do Enfermeiro e N<sup>o</sup> do Registro Geral

---

Assinatura da Pesquisadora  
Cristiane Ribeiro de Melo  
(84) 99418-8054

Natal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.  
Santa Cruz \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

**ANEXOS**

## ANEXO A - Maternity Safety Thermometer



## Maternity Safety Thermometer



PLACE AND MODE OF BIRTH	
PLACE OF SURVEY	<input type="checkbox"/> Community <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Midwifery Led Unit
DATE OF SURVEY	___/___/2014
ETHNICITY	<input type="checkbox"/> White British <input type="checkbox"/> BME (Black & Minority Ethnic) <input type="checkbox"/> Not stated
SPEAKS ENGLISH	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
AGE	<input type="checkbox"/> 19 years old or less <input type="checkbox"/> 20-34 yrs old <input type="checkbox"/> 35-39 yrs old <input type="checkbox"/> 40 or more
GESTATION (completed weeks)	<input type="checkbox"/> Less than 28 weeks <input type="checkbox"/> 28-36 weeks <input type="checkbox"/> 37 - 42 weeks <input type="checkbox"/> more than 42 weeks
PARITY	<input type="checkbox"/> (please write number in the box, must be parity of 1 or more)
PREGNANCY	<input type="checkbox"/> Singleton <input type="checkbox"/> Multiple
BMI (at booking)	<input type="checkbox"/> 18.5 or less <input type="checkbox"/> 18.6-24.9 <input type="checkbox"/> 25-29.9 <input type="checkbox"/> 30-34.9 <input type="checkbox"/> 35-39.9 <input type="checkbox"/> 40 or more
WHERE DID SHE GIVE BIRTH?	<input type="checkbox"/> Obstetric Unit <input type="checkbox"/> Co-located Midwifery Unit <input type="checkbox"/> Free standing Midwifery Unit <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Other: _____
BABY'S DOB ___/___/___ BIRTH DETAILS (tick all that apply)	<input type="checkbox"/> Spontaneous <input type="checkbox"/> Ventouse <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Failed instrumental <input type="checkbox"/> Caesarean <input type="checkbox"/> Admission to HDU / ITU / CCU after the birth
PERINEAL TRAUMA / ABDOMINAL WOUND	
HAS THE WOMAN HAD A PERINEAL TRAUMA AND/OR ABDOMINAL WOUND? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/> Abdominal wound following any other surgery (e.g. laparotomy) <input type="checkbox"/> Caesarean <input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> degree tear <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> degree tear <input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> /4 <sup>th</sup> degree tear <input type="checkbox"/> Episiotomy (tick all that apply)
POST PARTUM HAEMORRHAGE	
WHAT WAS THE ESTIMATED BLOOD LOSS?	<input type="checkbox"/> 499 ml or less <input type="checkbox"/> 500-999 ml <input type="checkbox"/> 1000-1999 ml <input type="checkbox"/> 2000 ml+
SINCE BIRTH, HAS THE WOMAN: (tick all that apply)	<input type="checkbox"/> Had any faint or collapse? <input type="checkbox"/> Had an Hb ever measured at less than 7.0 g/dl? <input type="checkbox"/> Received a blood transfusion? <input type="checkbox"/> Received IV iron? <input type="checkbox"/> None of these
INFECTION	
HAS THE WOMAN HAD AN INFECTION SINCE THE ONSET OF LABOUR OR WITHIN 10 DAYS OF BIRTH? (At the point of survey) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/> Urinary tract infection <input type="checkbox"/> Caesarean/abdominal wound <input type="checkbox"/> Mastitis <input type="checkbox"/> Uterine infection <input type="checkbox"/> Perineal wound (tick all that apply)
BABY	
DID THE BABY HAVE AN APGAR SCORE OF 8 OR LESS AT 5 MINUTES OF BIRTH?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
DID THE BABY REQUIRE TRANSFER/ADMISSION TO SCBU/INNICU?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - Expected <input type="checkbox"/> Yes - Unexpected
WOMEN'S PERCEPTION OF SAFETY - TO BE ASKED OF THE WOMAN	
Were you ever separated from your baby?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Were you left alone by midwives or doctors at a time when it worried you (during labour and birth)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If you raised a concern during labour and birth about safety, did you feel that it was taken seriously?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No concerns
Would you like to talk about any of these questions with a midwife/doctor or other person?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (if "Yes", please refer to a midwife/doctor to follow-up)
OPTIONAL LOCAL MEASURE / NOTES	

**ANEXO B** – *MATERNITY SAFETY THERMOMETER Pilot Data 16/01/2014 Summary of participation and results* (fórmulas dos indicadores)



## Content

Introduction .....	2
Dashboard .....	3
Appendices	
Pilot participation .....	4
Demographics .....	5
Birth Details .....	6
Perineal Trauma / Abdominal wounds.....	7
Post-Partum Haemorrhage .....	8
Baby treatment .....	9
Infection .....	9
Perception of Safety.....	10
Feedback.....	11
'Harm free' care.....	11
Testing Plan.....	12

## Introduction

The Maternity Safety Thermometer is a tool being developed nationally to measure outcomes in maternity care from the perspective of the woman and her baby. It is being developed by an expert panel now led by Steve Hogarth (as part of his HaeLo Clinical Fellowship) in conjunction with the national Safety Thermometer team. The expert panel is comprised of representatives from all the strategic partners involved in maternity care including Royal Colleges, Societies and Associations, Researchers, Academics, key women's groups and clinicians, and women and their partners.

To date testing has been small scale but the Maternity Safety Thermometer has now joined the national pipeline of Next Generation Safety Thermometers and is expected to start wide scale testing nationally opening testing up to any organisations wishing to be involved. Like the other Safety Thermometers we are collecting data across the health economy and aim to establish a baseline from which we can later measure improvement starting over time. We have developed the guidance and definitions to accompany this tool in conjunction with the expert panel. The expert panel has been meeting monthly and had several face to face meetings since its launch in September 2012, all of which have been well attended.

This report provides feedback for organisations participating in the pilot and for the Next Generation Safety Thermometer Steering Group. We will display a monthly participation log throughout the testing phase and will record WebEx and face to face meeting attendance and the number of women surveyed each month.

The report was designed to assist you in keeping track of your participation and engagement throughout the pilot and share our learning. This report will be published and available for download on the [Safety Thermometer Webtool](#) each month.

The data in this report represents the aggregate data collected by all organisations participating in the pilot. The number of women surveyed for each test and the number of organisations submitting data is growing each month so there is not a stable denominator. The measures and definitions used throughout the pilot have also been in development, with changes, throughout. Extreme caution should therefore be taken when interpreting the data.

This month's test has been carried out using Version 23 of The Maternity Safety Thermometer and is collected using the Survey Monkey submission platform.

**Please note any submissions received after the allocated submission day will be included in next month's collection**

## Maternity Safety Dashboard



Proportion of women who felt their concerns were not taken seriously. Denominator all women with concerns. (Not included in HFC)



## Appendix 1

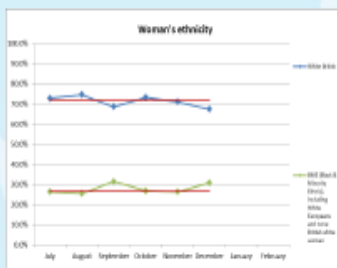
Maternity Number Of Submissions							
Organisation	July	August	September	October	November	December	January
Ashford and St Peter's Hospitals NHS Trust	13	13	0	12	0	0	
Airedale NHS Foundation Trust	0	0	0	0	0	1	
Barnsley Hospital NHS FT	0	0	0	57	40	66	
Birmingham Women's NHS Foundation Trust	0	0	0	1	0	0	
Bradford Teaching Hospital NHS FT	0	24	30	17	32	25	
Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust	5	0	8	0	29	0	
Central Manchester Foundation Trust	15	17	15	0	7	0	
Dartford & Gravesham NHS Trust	26	31	33	26	17	0	
Doncaster & Bassetlaw Hospitals NHS FT	10	19	0	8	7	0	
East Sussex Healthcare NHS Trust	17	17	10	2	0	4	
Epsom and St Heller University Hospitals NHS Trust	0	0	0	76	0	36	
Frimley Park Hospital NHS Foundation Trust	62	51	39	60	39	32	
Guy's and St Thomas'	19	12	0	17	13	0	
Heart of England Foundation Trust	0	0	0	21	12	0	
Homerton University Hospital NHS Foundation Trust	33	0	15	32	55	39	
Maidstone and Tunbridge Wells NHS Trust	44	21	56	14	0	10	
Medway NHS Foundation Trust	36	0	23	19	0	25	
Mild Yorks	38	33	0	0	0	0	
Royal Devon & Exeter NHS FT	0	12	21	17	0	30	
Royal Surrey County Hospital NHS Foundation Trust	46	19	11	26	27	25	
Sheffield Teaching Hospitals NHS FT	38	29	39	45	57	37	
University Hospitals of Morecambe Bay NHS FT	24	8	0	0	103	0	
York Teaching Hospital NHS FT	11	0	18	13	8	1	
Weston Area Health Trust	0	0	0	10	10	0	
<b>Total</b>	<b>437</b>	<b>306</b>	<b>318</b>	<b>473</b>	<b>456</b>	<b>331</b>	

## Basic Demographics

## Appendix 2



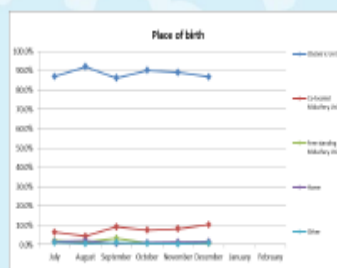
Place of data collection by category. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.



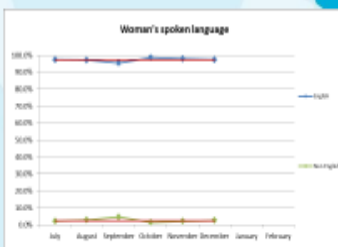
Women's ethnicity by category. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.



Women's age by category. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.



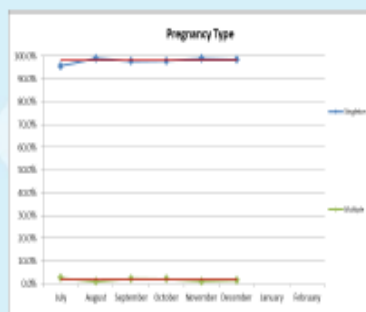
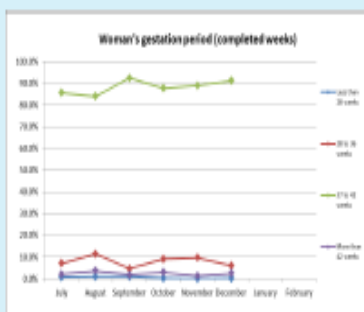
Places of birth by category. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.



The proportion of women who speak English without the use of an interpreter. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.

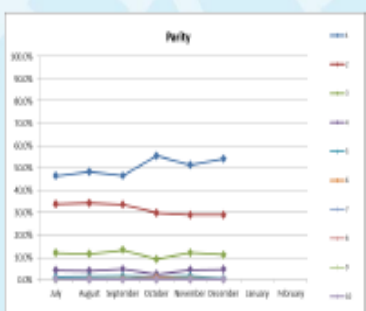
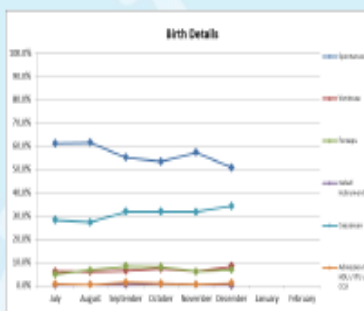
## Birth Details

## Appendix 3



Gestation times by category. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.

The proportion of women with a singleton or multiple birth. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.



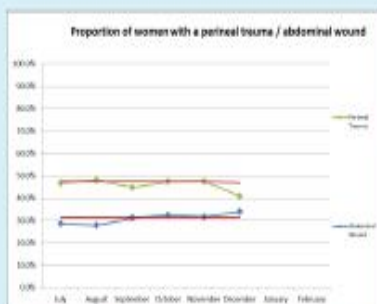
The proportion of birth details by type. The denominator for this chart is the number of women surveyed each month.

Parity data by number. The denominator for this chart is the number of women surveyed each month.

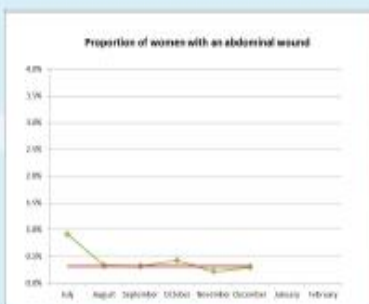


Women's BMI at booking by category. The denominator for this chart is the number of women surveyed each month.

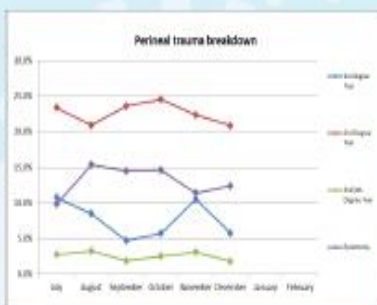
## Perineal Wound / Abdominal Trauma



The proportion of women with a perineal trauma, caesarean section, or other abdominal wound. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.

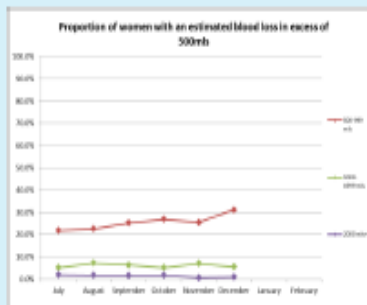


The proportion of women with an abdominal wound not including caesarean section. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.

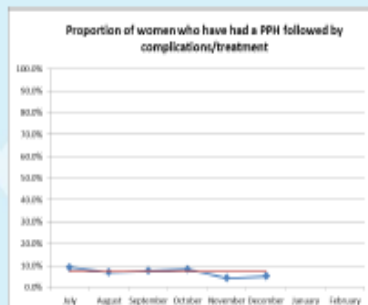


The proportion of women with a perineal trauma, broken down by trauma category. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.

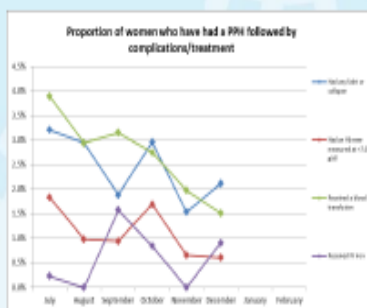
## Post-Partum Haemorrhage



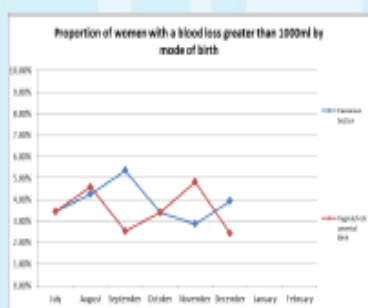
The proportion of women with an estimated blood loss greater than 500mls, broken down by blood loss amount. The denominator for this chart is all women surveyed each month.



The proportion of women who have had a post-partum haemorrhage followed by complications or treatment. Treatment defined as: faint or collapse, Hb ever measured at <7.0 g/dl, and received blood transfusion or IV iron. The denominator for this chart is all women surveyed each month.

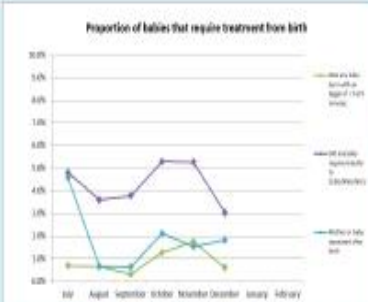


The proportion of women who have had a post-partum haemorrhage followed by complications or treatment, split by complications or treatment category. The denominator for this chart is all women surveyed each month.



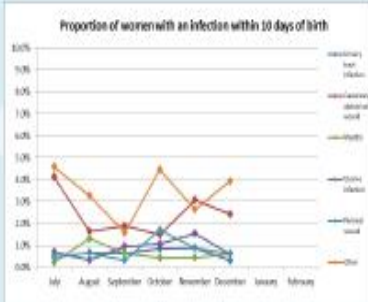
The proportion of women with a blood loss greater than 1000mls by mode of birth. The denominator for this chart is all women surveyed each month.

### Baby Treatment



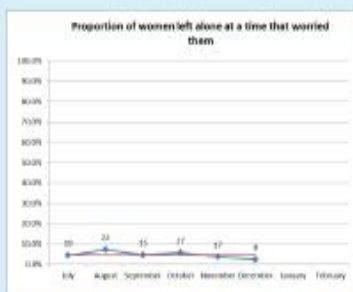
The proportion of babies receiving treatments broken down by type. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.

### Infection

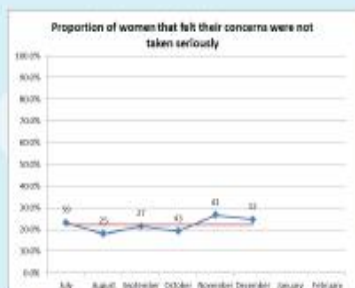


Infections broken down by type. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.

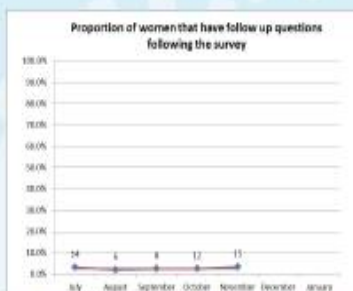
## Perception of Safety



The proportion of women that were left alone at a time that worried them. The number displayed is the actual number of women that were left alone. The denominator for this chart is the number of women surveyed each month.

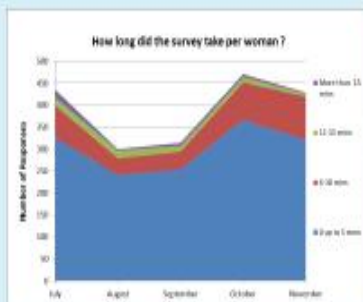


The proportion of women that felt their concerns were not taken seriously. The number displayed is the actual number of women with concerns not taken seriously. The denominator for this chart is the number of women surveyed each month not including women that did not have any concerns.

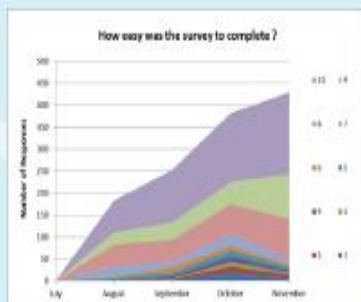


The proportion of women that had follow up questions regarding the survey. The number displayed is the actual number of women that had follow up questions. The denominator for this chart is the number of women surveyed each month.

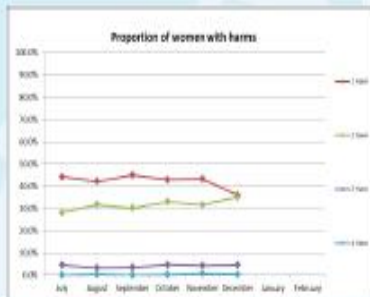
## Feedback



A feedback question asking how long the survey took to complete per woman. (no data collected for December)



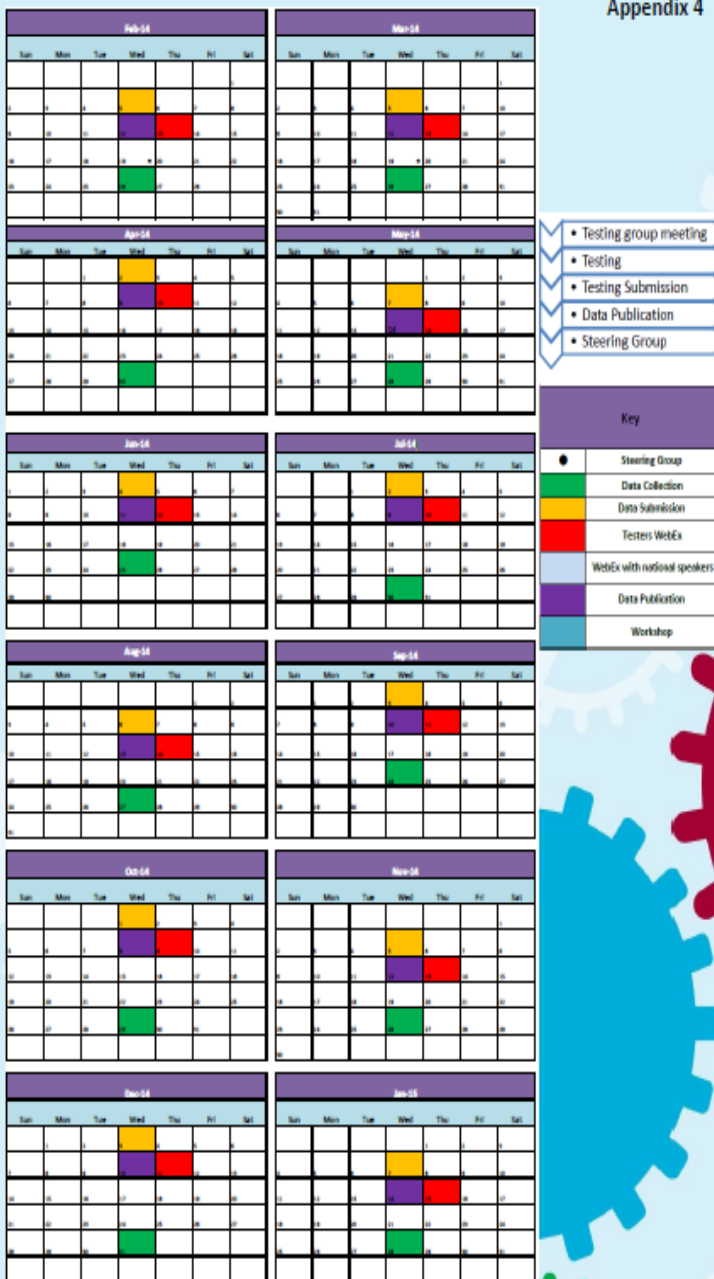
A feedback question asking how easy the survey was to complete per woman, with 10 being very easy and 1 being very hard. Data are only collected from August. No data collected for December.



The proportion of women with a harm split by number of harms. A harm is defined as a perineal trauma or abdominal wound, a post-partum haemorrhage, any treatment to the baby, and any infection within 10 days of birth. The denominator for this chart is the total number of women surveyed each month.



## Appendix 4



**ANEXO C - MATERNITY SAFETY THERMOMETER GUIDANCE**

**'Harmfree'care**

A new mindset in patient safety improvement



**Maternity  
Safety Thermometer  
Guidance**

## Summary

The Maternity Safety Thermometer is a national tool that has been designed to measure commonly occurring harms within maternity care. As a point of care survey it integrates measurement for improvement into daily routines and supports improvement in patient care. Data are collected on a single day each month and enables wards, teams and organisations to understand the burden of harm to women. Data can be used as a baseline to direct improvement efforts and then to measure improvement over time.

The Maternity Safety Thermometer collects data on the following harms:

- Maternal infection
- Perineal Trauma
- Post-Partum Haemorrhage
- Term babies Apgar score
- Term baby treatment
- Mother and baby separation
- Womens perception of safety

## Sample

- The recommended sample size is 100% of postnatal women and babies on a single day each month; however you may wish to start using the tool on a single ward or area and begin to scale up from there.
- The same wards/units or teams should collect data each month for consistency.

## Data submissions and publication

- The recommended day for data collection is the last Wednesday of each month. A timetable is available at the end of this document with dates for data submission, data publication and regular WebEx calls to assist those collecting data.
- The submission deadline is a week after the recommended collection day. If your trust has the necessary technology then it is possible to collect data straight onto the online submission platform at the bedside. However it is entirely acceptable to collect on paper and submit online before the submission deadline.
- Any submitted data are transparent and by submitting data you are agreeing for your data to be shared. The Maternity Safety Thermometer does not collect or publish patient identifiable information. Data will be available online each month - [www.safetythermometer.nhs.uk](http://www.safetythermometer.nhs.uk)

## How should data be collected?

In order to collect the data, varied sources should be used including:

- Women's clinical records, health records etc.
- Women's assessment
- Conversation with the women/partner
- Local or national assessment tools.

Data should be collected at the point of care by midwifery staff as part of their daily routine on the postnatal ward, home visit or community postnatal clinic.

---

## Technical platform

- Data can be collected straight on to the Webtool at the bedside using computers, tablets or mobile devices. Alternately data can be collected using the paper form at the back of this pack and then entered onto the Safety Thermometer Webtool for submission each month.
- The Webtool was developed using [Google Chrome](#) therefore we recommend this as the preferred web browser when using the Webtool. However Internet Explorer 7 and 8 will also be supported.
- Guidance on how to initially set up your organization to use the Webtool can be found [HERE](#) or on the Maternity landing page of the website [www.safetythermometer.nhs.uk](http://www.safetythermometer.nhs.uk)
- Guidance on how to enter data into the Webtool can be found [HERE](#) or on the Maternity landing page of the website [www.safetythermometer.nhs.uk](http://www.safetythermometer.nhs.uk)

## Data quality

- We would expect that there will be challenges with data quality as teams set up data collection systems and familiarise with the tool in a testing phase.
- Based on learning from the NHS Safety Thermometer 'Classic', there are several procedures that can be followed to achieve good data quality. See the 'Data collection and Validation Checklist' on page 30 of the NHS Safety Thermometer CQUIN Guidance 2013/14 available on: <http://harmfreecare.org/wp-content/uploads/2012/06/NHS-ST-CQUIN-2012.pdf>.

## Troubleshooting

If you need any guidance or information or have a question regarding definitions and measures of the Maternity Safety Thermometer please contact: [Info.SafetyThermometer@nhs.net](mailto:Info.SafetyThermometer@nhs.net).

If you have any questions or feedback specific to the web tool or require assistance on its use please contact: [Info.SafetyThermometer@nhs.net](mailto:Info.SafetyThermometer@nhs.net) or call the team on [0161 206 8462](tel:01612068462).

You can also post queries and questions at any time on the Safety Thermometer Discussion Forums: <http://www.safetythermometer.nhs.uk>

## Feedback

Your feedback is important to us and plays a valuable part in the development of future tools. We send out a quarterly feedback request via email to all users; we ask that you complete the feedback to help us with our improvement efforts.

Please share your feedback with others at any time on the Safety Thermometer Discussion Forums: <http://www.safetythermometer.nhs.uk>

## Definitions

### Perineal Trauma/Abdominal wound

The Maternity Safety Thermometer asks you to record if the woman has had a perineal trauma and/or abdominal wound during labour. If yes it asks you to record the type of abdominal wound and/or the degree of tear if women has experienced perineal trauma.

- The measure of harm is defined as: The proportion of women that had a 3rd/4th degree perineal trauma.

### Post-Partum Haemorrhage

The Maternity Safety Thermometer asks you to record the estimated blood loss from the woman during labour.

- The measure of harm is defined as: The proportion of women that had a PPH of more than 1000mls

### Infection

The Maternity Safety Thermometer asks you to record if the woman has had any of the listed infections since the onset of labour or within 10 days of birth, at the point of survey. This is based on the women's notes, clinical judgment and patient feedback.

- The measure of harm is defined as a maternal infection developed since the onset of labour or within 10 days of birth.

### Baby

The Maternity Safety Thermometer asks you to record, firstly if the baby had an Apgar score of 6 or less at 5 minutes of birth, and secondly if the baby required transfer /admission to SCBU/NNU/NICU.

- The measure of harm is defined as: The proportion of Term Babies with an Apgar less than 7 at 5 Minutes

### Women's perception of safety

The Maternity Safety Thermometer requires you to ask a series of question to the woman relating to her perception of safety during labour and after birth. The specific questions are listed below:

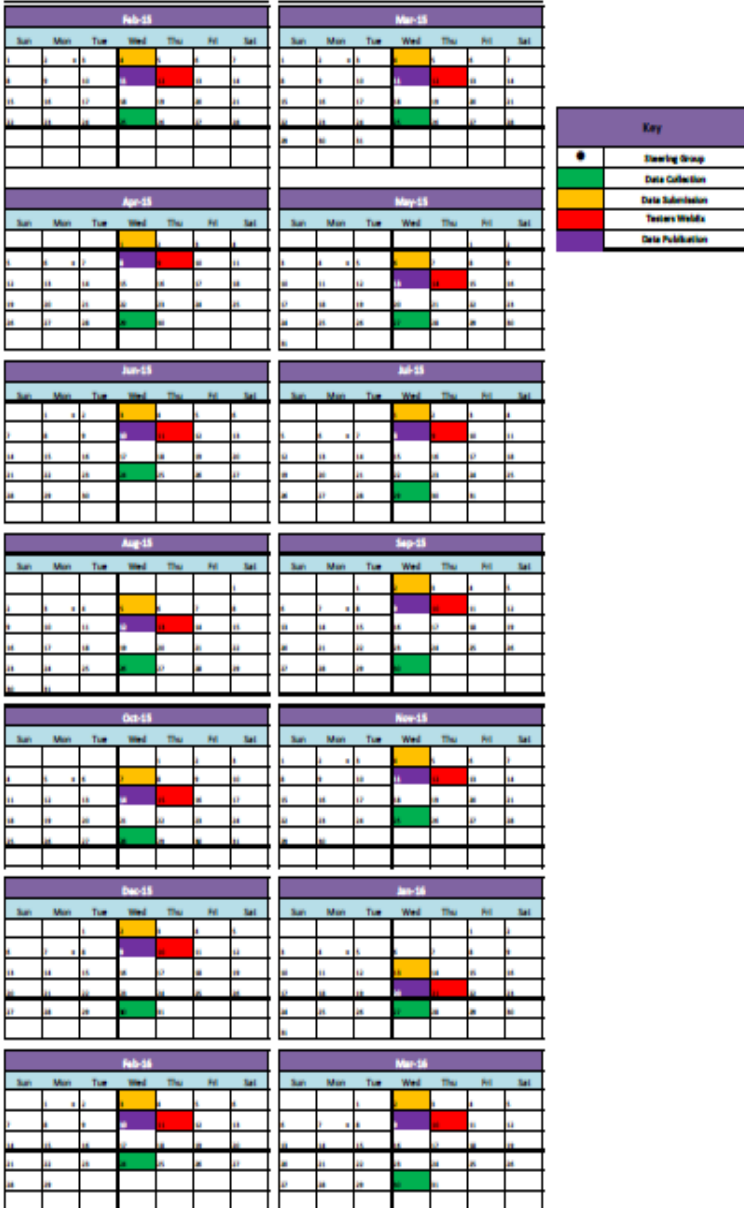
- Were you ever separated from your baby?\*
- Were you left alone by midwives or doctors at a time when it worried you (during labour and birth)?
- If you raised a concern during labour and birth about safety, did you feel that it was taken seriously?
- Would you like to talk about any of these questions with a midwife/doctor or other person?

These questions are best approached as part of a natural conversation with the woman

\*'Separated from your baby' refers to mothers and babies who were separated for reasons other than being admitted to SCBU/NNU

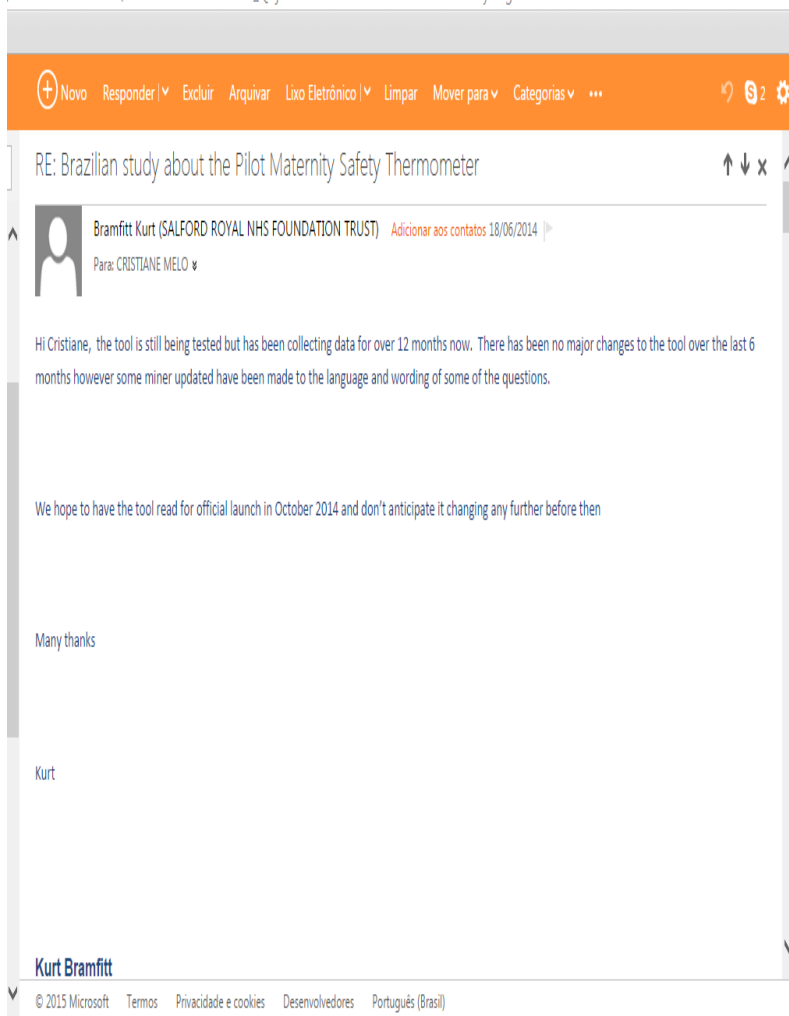
- The measures of harm is defined as: The proportion of women who were left alone at a time that worried them and the proportion of women with concerns about safety during labour and birth not taken seriously
-

# Submission Schedule



## ANEXO D - E-mails de comunicação com os criadores do instrumento durante o processo de ATC

/col130.mail.live.com/?tid=cmlu6iR8b24xGA\_QAjfeP01A2&fid=fl6rfCBsd6k-8M1zO4syowg2



The screenshot shows an email interface with an orange header bar. The header contains navigation options: '+ Novo', 'Responder |', 'Excluir', 'Arquivar', 'Lixo Eletrônico |', 'Limpar', 'Mover para |', 'Categorias |', and a menu icon. On the right side of the header are icons for help, search, and settings.

The email subject is 'RE: Brazilian study about the Pilot Maternity Safety Thermometer'. The sender is 'Bramfitt Kurt (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST)' with a red 'Adicionar aos contatos' link dated 18/06/2014. The recipient is 'Para: CRISTIANE MELO'.

The body of the email contains the following text:

Hi Cristiane, the tool is still being tested but has been collecting data for over 12 months now. There has been no major changes to the tool over the last 6 months however some minor updates have been made to the language and wording of some of the questions.

We hope to have the tool ready for official launch in October 2014 and don't anticipate it changing any further before then

Many thanks

Kurt

**Kurt Bramfitt**


At the bottom of the email, there is a footer with the following text: '© 2015 Microsoft | Termos | Privacidade e cookies | Desenvolvedores | Português (Brasil)'

/col130.mail.live.com/?tid=cmNBX3PT835BGTWAAhWtamSg2&fid=fl6rfCBsdK6k-8M1zO4syowg2

Novo Responder | Excluir Arquivar Lixo Eletrónico | Limpar Mover para | Categorias | ...

↑ ↓ × ^

## RE: Brazilian study about the Pilot Maternity Safety Thermometer

 Bramfitt Kurt (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST) [Adicionar aos contatos](#) 08/09/2014 ▶  
Para: CRISTIANE MELO ▾

Hi Cristiane, we will be launching the official release of the tool in October, however we will meet with our expert group next week to agree final sign off of the tool before the launch. I would be happy to confirm this will you later this month so you can begin preparing for your study.

There have been no changes to the tool or questions over the last 6 months however we have released an updated version with more clearer language to improve data quality

Many thanks

Kurt

© 2015 Microsoft Termos Privacidade e cookies Desenvolvedores Português (Brasil)



/col130.mail.live.com/?tid=cmwi71\_edK5BGUGQAJfeSnkg2&fid=f16rfCBsdK6k-8M1zO4syowg2

Novo Responder Excluir Arquivar Lixo Eletrônico Limpar Mover para Categorias

RE: Brazilian study about the Pilot Maternity Safety Thermometer

Bramfitt Kurt (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST) Adicionar aos contatos 03/10/2014 Documentos  
Para: CRISTIANE MELO

1 anexo (342,2 KB) Outlook.com Exibição Ativa

Baixar como zip Salvar no OneDrive

Hi Cristiane, we have now had sign off of the tool form our expert group. Please see attached final version.

It would be good for you to keep us updated with how you studies goes

Many thanks

© 2015 Microsoft Termos Privacidade e cookies Desenvolvedores Português (Brasil)

/col130.mail.live.com/?tid=cm8-DFFkdr5BGVb9idZ1yJdA2&fid=f16rfCBsd6k-8M1zO4syowg2



Novo Responder | Excluir Arquivar Lixo Eletrônico | Limpar Mover para | Categorias | ...



## RE: Brazilian study about the Pilot Maternity Safety Thermometer



Buckley Alex (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST) (alex.buckley2@nhs.net) Adicionar aos contatos 13/11/2014

Para: cristianemelo2505@hotmail.com Cc: Bramfitt Kurt (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST)

Hello Cristiane,

No problem, the abbreviations are described as follows,

BMI = Body Mass Index

DOB = Date of Birth

SCBU = Special Care Baby Unit


NNU = Neonatal Unit

NICU = Neonatal Intensive Care Unit

//co130.mail.live.com/?tid=cm6oxfIQ9s5BGCI9idZ1x5AA2&fid=f16rfCBsdK6k-8M1zO4syowg2

Novo Responder Excluir Arquivar Lixo Eletrônico Limpar Mover para Categorias

RE: Brazilian study about the Pilot Maternity Safety Thermometer

 Buckley Alex (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST) (alex.buckley2@nhs.net) Adicionar aos contatos 14/11/2014  
Para: CRISTIANE MELO

Hello Cristiane,

I can help with the other abbreviations;

HDU = High Dependency Unit

ITU = Intensive Therapy Unit

CCU = Coronary Care Unit

I'm not entirely sure as I don't have a clinical background but a Neonatal Unit is the name for the whole department that deals with ill or premature babies, the SCBU is the level 1 care for babies that are not too ill and the NICU is the level 3 care for seriously ill or premature babies (Neonatal High Dependency Unit (NHDU) is the level 2 care for those babies in between).

/col130.mail.live.com/?tid=cmMywV-SiF5BG9aQAiZMJJaA2&fid=fl6rfCBsdlk6k-8M1zO4syowg2



Novo Responder ▾ Excluir Arquivar Lixo Eletrônico ▾ Limpar Mover para ▾ Categorias ▾ ...



RE: Doubts about maternity safety thermometer - brazilian study



Buckley Alex (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST) (alex.buckley2@nhs.net) Adicionar aos contatos 16/12/2014 ▶

Para: CRISTIANE MELO, Bramfitt Kurt (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST), Odalea Orientadora UFSC ▾

Hello Cristiane,

I can help you with your questions regarding the tool.

The optional local measures/notes sections are for the users to record any extra data that they may find useful that is not already included on the tool.

Data recorded in the optional local measures/notes sections are not analysed and are just for local reference only.


The Apgar II limit is anything below 7, excluding 7. We reworded this to 6 or below to avoid confusion.

I hope you find this helpful.

/col130.mail.live.com/?tid=cm22lLWwTt5BG92AAhWtfBug2&fid=f16rfCBsdK6k-8M1zO4syowg2

Novo Responder Excluir Arquivar Lixo Eletrônico Limpar Mover para Categorias

RE: Information about the progress of the Brazilian adaptation study Maternity Safety Thermometer

 Buckley Alex (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST) Adicionar aos contatos 11/03/2015  
Para: CRISTIANE MELO

Hello Cristiane,

Thank you for keeping us updated, we look forward to reading your evaluation once it has been completed.

Kind regards,

Alex

**Alex Buckley**

Project Assistant  
© 2015 Microsoft Termos Privacidade e cookies Desenvolvedores Português (Brasil)

https://col130.mail.live.com/?tid=cmDNLixKFb5RGPYgAizMIIRg2&fid=fl6fCBsd6k-8M1zO4syowg2

Novo Responder | Excluir | Arquivar | Lixo Eletrônico | Limpar | Mover para | Categorias

RE: Doubts about maternity safety thermometer - brazilian study

 Buckley Alex (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST) *Adicionar aos contactos* 15/09/2015

Para: CRESTIANE MELO C.c. Braunfrit Kurt (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST) \*

Hello Cristiane,

I apologise for the delayed reply, I have had a look into your query and should be able to help.

After reviewing our guidance documents I can confirm that the definitions for the Maternity Safety Thermometer are as follows -

**Perineal Trauma/Abdominal wound**

The Maternity Safety Thermometer asks you to record if the woman has had a perineal trauma and/or abdominal wound during labour. If yes it asks you to record the type of abdominal wound and/or the degree of tear if women has experienced perineal trauma. The measure of harm is defined as: The proportion of women that had a 3rd/4th degree perineal trauma.

**Post-Partum Haemorrhage**

The Maternity Safety Thermometer asks you to record the estimated blood loss from the woman during labour. The measure of harm is defined as: The proportion of women that had a PPH of more than 1000mls

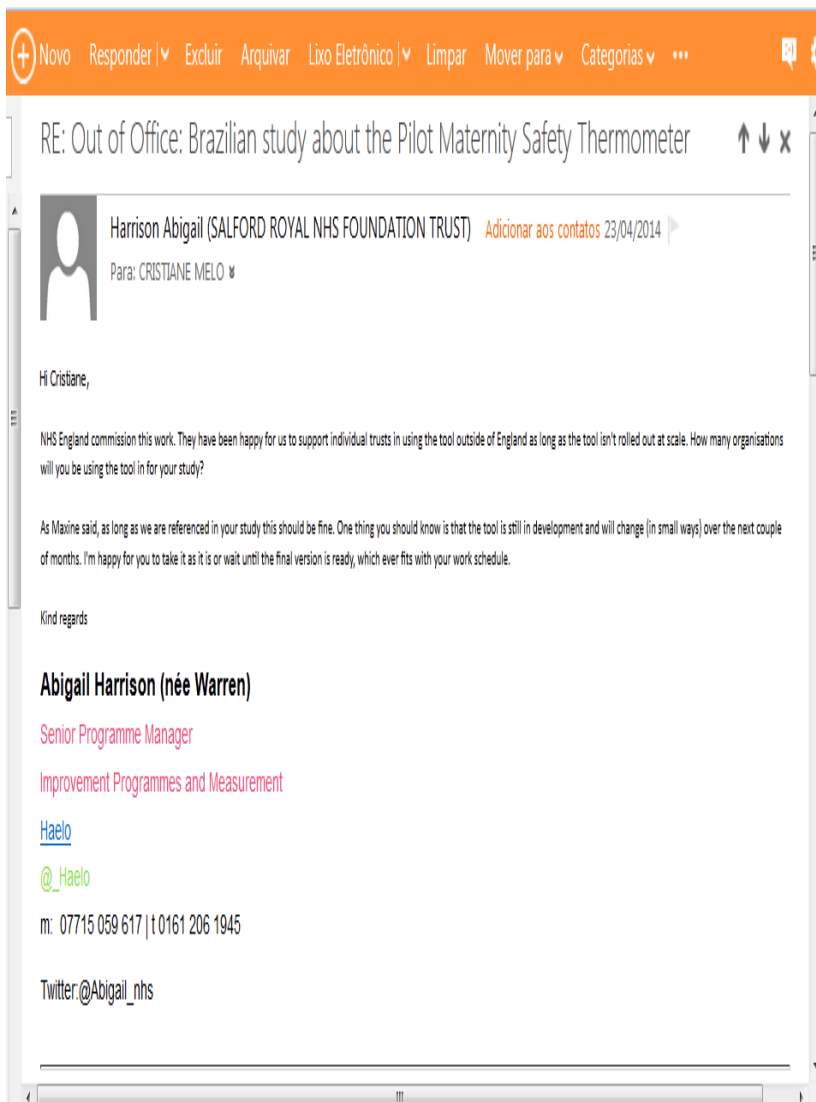
**Infection**

The Maternity Safety Thermometer asks you to record if the woman has had any of the listed infections since the onset of labour or within 10 days of birth, at the point of survey. This is based on the women's notes, clinical judgment and patient feedback. The measure of harm is defined as a maternal infection developed since the onset of labour or within 10 days of birth.

**Baby**

© 2015 Microsoft | Termos | Privacidade e cookies | Desenvolvedores | Português (Brasil)

## ANEXO E - Autorização para realização do estudo de ATC do instrumento *Maternity Safety Thermometer* pela NHS, via e-mail



Novo Responder | Excluir Arquivar Lixo Eletrônico | Limpar Mover para | Categorias |

RE: Out of Office: Brazilian study about the Pilot Maternity Safety Thermometer

Harrison Abigail (SALFORD ROYAL NHS FOUNDATION TRUST) Adicionar aos contatos 23/04/2014

Para: CRISTIANE MELO

Hi Cristiane,

NHS England commission this work. They have been happy for us to support individual trusts in using the tool outside of England as long as the tool isn't rolled out at scale. How many organisations will you be using the tool in for your study?

As Maxine said, as long as we are referenced in your study this should be fine. One thing you should know is that the tool is still in development and will change (in small ways) over the next couple of months. I'm happy for you to take it as it is or wait until the final version is ready, which ever fits with your work schedule.

Kind regards

**Abigail Harrison (née Warren)**  
Senior Programme Manager  
Improvement Programmes and Measurement  
[Haelo](#)  
[@\\_Haelo](#)  
m: 07715 059 617 | t 0161 206 1945  
Twitter: [@Abigail\\_nhs](#)

## ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DO TRAIRI - UFRN



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MATERNITY SAFETY THERMOMETER PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL

**Pesquisador:** CRISTIANE FIBEIRO DE MELO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CIAAE:** 36571914.1.0000.5568

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 028.455

**Data da Realização:** 23/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa para tese de doutorado da UFCC/UFRN. O objetivo é realizar a adaptação transcultural do instrumento Maternity Safety Thermometer para a língua portuguesa brasileira. Trata-se de uma investigação com abordagem quantitativa, que será desenvolvida em duas etapas, sendo constituída de uma pesquisa metodológica, na qual será realizada a Adaptação Transcultural (ATC) para o Brasil do instrumento Inglês, elaborado pelo National Health Service, o Maternity Safety Thermometer, com posterior aplicação em campo para mensurar os indicadores de danos relacionados à assistência à maternidade e os indicadores de cultura de segurança do paciente, por meio da versão adaptada para o Brasil, por Carvalho (2011), do Questionário de Atitudes de Segurança (Safety Attitudes Questionnaire), um estudo de corte transversal. O instrumento Maternity Safety Thermometer consta de itens (place and mode of birth, perineal trauma/abdominal wound, post partum haemorrhage, baby, infection and perception of safety) que serão preenchidos a partir do prontuário da puérpera e do recém-nascido e por meio de entrevista direta com a puérpera. Para realizar o pré-teste do instrumento, a amostra será composta de 30 a 40 puérperas e seus recém-nascidos, internados na unidade de internação obstétrica/ajuntamento conjunto das três instituições onde será realizado o estudo, conforme as recomendações do processo de ATC de instrumentos de pesquisa estrangeiros (BEATON et al.

Endereço: Rua Trairi 538

Bairro: 616

CEP: 54.204-000

UF: RN

Município: SANTA CRUZ

Telefone: (84)3291-2411

E-mail: [cep@fceis.ufrn.br](mailto:cep@fceis.ufrn.br)



Continuação do Parecer: 628.465

2000). A amostra desta etapa do estudo será constituída por todos os dos profissionais de saúde (enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem, médicos obstetras, médicos neonatologistas e anesthesiologistas) que prestam assistência no centro obstétrico e/ou nas unidades de internação obstétrica/alojamento conjunto. Serão incluídos os profissionais que estiverem, estar trabalhando há pelo menos um mês e durante pelo menos 20 horas semanais nos setores onde se dará a coleta de dados. Os dados serão analisados, na etapa da adaptação transcultural, por meio do processo descrito anteriormente que abrange os estágios da ATC. As etapas que constituirão esta análise incluem: a validade de face, que envolve o entendimento dos sujeitos alvos da pesquisa sobre o que o instrumento quer identificar, medir ou avaliar, incluindo a compreensão de cada item (descrição detalhada no Item 4.2.2 Pré-teste do instrumento – estágio V). A validade de conteúdo, na qual é avaliado se os itens do instrumento representam aquilo que de fato pretende identificar, medir ou avaliar, que pode ser feita por um comitê de especialistas (detalhes no Item 4.2, parágrafo do estágio IV).

Os dados coletados na aplicação do instrumento adaptado para a mensuração dos indicadores de danos relacionados à assistência à maternidade, bem os relacionados serão digitados e analisados por estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e medidas de tendência central (média e mediana) no Software Microsoft Excel versão 2013. Para realizar este estudo, serão respeitados os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos preconizados pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

- Identificar na literatura científica nacional as abordagens teóricas e as propostas processuais para a ATC de instrumentos para língua portuguesa brasileira utilizadas pela enfermagem.
- Realizar a adaptação transcultural do instrumento Maternity Safety Thermometer para a língua portuguesa brasileira.
- Identificar e mensurar os danos sofridos pelas mulheres e seus recém-nascidos durante a assistência obstétrica, por meio do Maternity Safety Thermometer adaptado transculturalmente para o contexto hospitalar brasileiro.
- Mensurar o clima de segurança nos serviços de centro obstétrico e unidade de internação obstétrica/alojamento conjunto das instituições de saúde em que acontecerá a validação do instrumento Maternity Safety Thermometer, por meio da versão genérica brasileira do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), com os indicadores de segurança obtidos durante a validação.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Todos os riscos, desconfortos e benefícios foram previstos no projeto de pesquisa no TCLE e na

Endereço: Rua Trairi S/N

Bairro: S/B

CEP: 59.200-000

UF: RN

Município: SANTA CRUZ

Telefone: (84)3291-2411

E-mail: cep@facsia.ufrn.br

Continuação do Parecer: 628.465

#### Metodologia.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância e de interesse para a área de Enfermagem e que trará muitos achados e resultados para a área da Enfermagem.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados pela pesquisadora.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos as etapas do projeto de pesquisa estão em consonância com os preceitos éticos conforme versa a Resolução 466/2012, de modo que está APROVADO para ser executado.

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

#### Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP FACISA deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP FACISA deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP FACISA deverá ser comunicado estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011-CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Endereço: Rua Trairi S/N

Bairro: S/B

UF: RN

Município: SANTA CRUZ

Telefone: (84)3291-2411

CEP: 59.200-000

E-mail: ceo@facisa.ufn.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DO TRAIRI - UFRN



Continuação do Parecer: 628.485

SANTA CRUZ, 11 de Outubro de 2014

---

Assinado por:  
Fábia Barbosa de Andrade  
(Coordenador)

Endereço: Rua Trairi S/N

Bairro: S/B

CEP: 59.200-000

UF: RN

Município: SANTA CRUZ

Telefone: (84)3291-2411

E-mail: cep@facsu.ufrn.br